

SIVES 2008

Document
tècnic
número

19

INFORME EPIDEMIOLÒGIC BIENNAL CEEISCAT

Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES)



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



ICO

Institut Català d'Oncologia

SIVES 2008

Direcció:

Jordi Casabona

Coordinació:

Joan Masip

Esteve Muntada

Jéssica Sánchez

Contribució:

Annex VI

Tiratge: 1.000 exemplars

Disseny i producció gràfica: Primer Segona serveis de comunicació

Dipòsit legal: B-51.739-08



Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)

Director científic:

Jordi Casabona

Monitoratge del VIH / sida i prevenció i control de les ITS:

Aitor Alquézar

Álvaro Betancourt

Anabel Romero

Cinta Folch

Cristina Agustí

Évelin López

Joan Masip

Laia Ferrer

Laura Fernández

Núria Murtra

Núria Vives

Rossie Lugo

Valeria Stuardo

Virginia Isern

Unitat d'estadística, base de dades i sistemes informàtics:

Responsable unitat

Anna Esteve

Equip tècnic

Alexandra Montoliu

Eva Loureiro

Eva Puchol

Miquel Melgares

Núria Ortega

Unitat de gestió i

Suport tècnic:

Responsable unitat

Ana Carpena

Equip tècnic

Esteve Muntada

Jéssica Sánchez

Noemí Romero

Rafael Muñoz

Laboratori:

Victoria González

Col·laborador extern:

Jesús Almeda

Pròleg



Un any més us presentem l'informe del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica sobre la Sida i les Malalties de Transmissió Sexual (SIVES) donant continuïtat a l'eina de referència per a la difusió d'informació epidemiològica sobre l'epidèmia de la infecció per VIH/sida i les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya. L'informe constata una vegada més la naturalesa canviant d'aquestes epidèmies, tant en la seva magnitud com en la diversitat de factors determinants.

La infecció pel VIH ha estat i és encara un repte per al sistema sanitari, tant en la seva vessant assistencial com de salut pública. L'experiència acumulada demostra que els èxits assolits es produeixen en un context de lideratge del sector públic i d'un constant diàleg i col·laboració entre el sector públic i el sector no governamental. Aquesta col·laboració també s'estén a l'àmbit del monitoratge i l'avaluació, com bé demostren els diversos projectes d'aquest informe en què hi col·laboren organitzacions no governamentals.

Però, a més de la infecció pel VIH, en els darrers anys estem assistint a una re-emergència d'altres ITS, les quals per les seves característiques i seqüeles –entre les quals cal esmentar el càncer– també tenen un impacte molt important en la salut de la població. L'experiència acumulada en l'àmbit de la sida ens ha permès identificar el problema i dissenyar una resposta adequada, en base a la qual hem definit el Pla d'Atenció Maternoinfantil i a la Salut Afectiva, Sexual i Reproductiva a Catalunya 2008-2010, i el Pla d'Acció per al Reforçament de la Prevenció i Control de les ITS. En aquest procés, disposar d'informació sobre les característiques i evolució de les epidèmies de VIH i ITS és un element cabdal, tant per a la planificació de les polítiques sanitàries com per a l'avaluació de la seva efectivitat, adequació i conveniència.

Finalment, no voldria acabar sense destacar i agrair la implicació de tots els professionals de la salut, en l'àmbit de l'atenció primària i hospitalària, així com els organismes i organitzacions no governamentals, en els diversos projectes que integren aquest informe, així com manifestar el compromís del Departament de Salut per mantenir els seus esforços en el control de l'epidèmia, prestant especial atenció a aquells grups de població que es trobin en circumstàncies més desfavorables.

Marina Geli
Consellera de Salut

Presentació



Com en d'altres ocasions és un plaer presentar l'informe epidemiològic sobre la SIDA, el VIH i d'altres ITS de Catalunya, el SIVES 2008, el qual evidencia una vegada més que la infecció pel VIH continua sent –conjuntament amb la resta d'ITS– un problema de salut pública que cal monitorar de prop. La informació disponible actualment, tot i les seves limitacions, permet una visió íntegra i contextualitzada d'un fenomen que abasta factors socials, conductuals i biomèdics. Potenciar sistemes d'informació de qualitat, consistents, sensibles i capaços d'adaptar-se al canvis socials, demogràfics i culturals és una responsabilitat que la Direcció General de Salut Pública no vol defugir.

Aspectes com el retard en el diagnòstic de la infecció pel VIH, les característiques del les infeccions adquirides recentment, l'alt percentatge de coinfecció entre el VIH i la sífilis, la reemergència d'aquesta infecció entre el col·lectiu d'homes homosexuals i d'altres aspectes clau per a dissenyar respostes efectives enfront el VIH i les ITS, no s'haguessin pogut conèixer sense comptar amb uns sistemes d'informació que inclouen la declaració de Malalties de Declaració Obligatòria, el monitoratge conductual, el monitoratge diagnòstic o el seguiment de cohorts. El recentment creat European Center for Disease Control (ECDC) per part de la Unió Europea està també impulsant algunes d'aquestes aproximacions i, en aquest sentit, el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la sida/VIH/ITS (SIVES) de Catalunya és un referència clara en el sector que ha permès estar presents en diverses xarxes i col·laboracions europees. El fet però d'usar tant sistemes formals com estudis observacionals alhora afegeix nous reptes al monitoratge de la salut. Sovint aquests sistemes d'informació requereixen la col·laboració intersectorial, incloent tant clínics, com epidemiòlegs, com ONG i alguns d'aquests projectes es situen a cavall entre la recerca i la vigilància epidemiològica, generant dinàmiques i necessitats organitzatives i de finançament a les quals no estem habituats.

Crec que el SIVES ha aconseguit aquest equilibri i alguns projectes, com els que impliquen seguiments longitudinals, es beneficien de finançament del Departament i d'agències de Recerca alhora i han fet compatible la publicació del seu component d'investigació clinicoepidemiològica en revistes científiques, amb el seu component de monitoratge, visualitzat a través d'aquest informe. Això és mèrit de tots els professionals i organitzacions que col·laboren en els diversos sistemes i projectes presentats, als quals des d'aquí agraeixo el seu esforç.

En l'actual informe s'inclouen, a més, indicadors en base territorial. És precisament amb aquest esperit de col·laboració intersectorial i de generar i utilitzar la informació per a la millora dels serveis de Salut Pública al territori, des del qual estem desenvolupant l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

Antoni Plasència
Director general de Salut Pública

Índex

Introducció	9
1. Morbilitat i mortalitat	11
1.1. La infecció pel VIH i la sida a Catalunya	13
1.2. Epidemiologia dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH	13
1.2.1. Magnitud i distribució	13
1.2.2. Característiques dels nous diagnòstics de VIH	14
1.3. Epidemiologia de la sida	17
1.3.1. Magnitud i distribució de la sida	17
1.3.2. Característiques dels casos de sida	18
1.3.3. La sida en els nens	20
1.3.4. Mortalitat per sida	20
1.3.5. La infecció pel VIH/sida a Barcelona	22
2. Monitoratge de la prevalença del VIH	25
2.1. Estimació de la prevalença global de la infecció pel VIH a Catalunya	27
2.2. Estudis en poblacions sentinella	28
3. Monitoratge conductual. Enquestes conductuals i biològiques	33
3.1. Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH i de les conductes associades a la seva transmissió en els homes que tenen relacions sexuals amb homes	35
3.2. Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH i de les conductes associades a la seva transmissió en els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) reclutats al carrer	39
3.3. Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH, <i>Chlamydia trachomatis</i> i <i>Neisseria gonorrhoeae</i> i de les conductes associades a la seva transmissió en dones treballadores del sexe (TS)	42
4. Monitoratge del diagnòstic de la infecció pel VIH	47
4.1. Monitoratge a través de la declaració dels laboratoris	49
4.2. Monitoratge a través dels centres de detecció anònima d'anticossos del VIH	50
4.3. Cobertura de la prova diagnòstica en grups d'especial interès	51
4.4. Estimació del retard en el diagnòstic d'infecció pel VIH a Catalunya	52
a. Registre de casos de sida	52
b. Sistema d'informació de nous diagnòstics de la infecció pel VIH	53
c. Cohort PISCIS	53
5. Estudis observacionals	57
5.1. Profilaxis postexposició no ocupacional (Projecte NONOPEP)	59

5.2. Projecte per a la informatització del seguiment clinicoepidemiològic de la infecció pel VIH i Sida (Cohort PISCIS).....	62
5.3. Estudi clínic epidemiològic dels nens i mares exposats al VIH i/o als fàrmacs antiretrovirals (Projecte NENEXP).....	66
5.4. Monitoratge de les infeccions recents pel VIH. Projecte AERIVIH, 2003–2005.....	68
5.5. Monitoratge de les resistències al tractament antiretroviral.....	70
6. Vigilància epidemiològica reforçada de les infeccions de transmissió sexual (ITS).....	73
6.1. Situació global.....	75
6.2. Morbiditat de les ITS a partir dels sistemes d'informació formals de vigilància epidemiològica de Catalunya.....	76
6.2.1. Registre de Malalties de Declaració Obligatòria (MDO).....	76
6.2.2. Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC).....	79
6.2.3. Registre de Malalties de Transmissió Sexual de Catalunya (a partir de maig de 2007 Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual (RITS)).....	82
6.3. Vigilància epidemiològica reforçada de les Infeccions de Transmissió Sexual a Catalunya.....	85

6.3.1. Xarxa Sentinella de les Infeccions de Transmissió Sexual a Catalunya.....	86
6.3.2. Estudis transversals en poblacions vulnerables.....	87

Annexos.....

I Indicadors disponibles a partir del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES).....	93
II Llistat de publicacions rellevants relacionades, 2006-2007.....	100
III Llista d'abreviatures.....	104
IV Llista de taules.....	106
V Llista de figures.....	107
VI Col·laboradors dels diferents sistemes d'informació.....	109
VII La infecció pel VIH i la sida a Catalunya: actualització fins al 31 de desembre de 2007.....	116

Introducció



L'informe epidemiològic sobre la sida, la infecció pel VIH i les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) de Catalunya (SIVES) que ara presentem, correspon a l'any 2008, el qual com ja varem anunciar en la darrera edició de 2006, ha passat a ser biennal. Aquesta mesura, a part de ser motivada per la càrrega de treball que la complexitat de l'informe suposa, també pretén aconseguir una major actualitat de les dades. En l'informe d'enguany la major part dels sistemes d'informació s'han analitzat incloent les dades de l'any 2006 i a més s'han annexat les dades derivades del Registre de sida de Catalunya i del Sistema de Declaració de la Infecció pel VIH actualitzades fins a l'any 2007.

Si bé el concepte i el format de l'informe són similars al de les darreres edicions, hem introduït alguns canvis en la presentació de la informació. Així, s'ha definit un capítol, "Estudis observacionals", on s'hi presenten els diversos projectes que sense ser sistemes formals de vigilància epidemiològica, constitueixen fonts d'informació clau per al monitoratge d'indicadors sobre intervencions preventives, com en el cas de la transmissió vertical del VIH (NENEXP) o de l'ús de la profilaxi postexposició no nosocomial (NONOPEP) o d'indicadors sobre l'ús i efectivitat de les pautes de tractaments, a través de la cohort de persones seropositives PISCIS. Per altra banda es presenta informació sobre les característiques de les persones infectades recentment (AERI) i identificades mitjançant la tècnica de l'Elisa Dual. Els procediments per a identificar recents infectats progressivament s'estan introduint en diversos sistemes de vigilància epidemiològica d'Europa, doncs a més de fotografiar millor les formes de transmissió actuals, poden utilitzar-se per a monitorar les resistències circulants als tractaments antiretrovirals, cosa que s'està fent amb els laboratoris microbiologia de l'Hospital Clínic de Barcelona i el de retrovirologia de l'IRSI-Caixa de Can Ruti.

El monitoratge de l'epidèmia pel VIH i de les ITS, requereix no sols disposar d'informació sobre la morbiditat, sinó també d'indicadors que permetin dissenyar i avaluar les intervencions preventives i assistencials (monitoratge i avaluació). Per això, l'ús de sistemes d'informació complementaris als de vigilància epidemiològica formals, està introduint-se progressivament en diversos països occidentals, i segur que marcarà les futures tendències en el monitoratge d'altres problemes de salut.

Per altra banda, l'actual escenari epidemiològic ha obligat a revisar la vigilància epidemiològica de les ITS i a integrar-la amb la del VIH/sida. L'any 2007 es van introduir diversos canvis normatius en la declaració de les ITS i nous projectes de monitoratge d'aquestes patologies. Malgrat aquestes dades no queden reflectides en l'informe d'enguany, sí que hem adaptat la presentació de les dades sobre ITS als nous sistemes existents: les MDO numèriques i individualitzades, la declaració microbiològica (SNMC), el Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual (RITS), la Xarxa Sentinella d'ITS i els diversos estudis transversals en poblacions sentinella. A l'informe s'expliquen les característiques de cada un d'ells.

Finalment, hem afegit un annex titulat "Indicadors de la vigilància epidemiològica reforçada del VIH i de les infeccions de Transmissió Sexual". Disposar de taules específiques d'indicadors epidemiològics per àmbit geogràfic seguint la nova ordenació territorial del Departament de Salut, esperem que pugui facilitar la seva utilització per a la planificació per objectius i per a l'avaluació, des dels diversos nivells del sistema assistencial i de salut pública.

Esperant que l'informe pugui ser útil, moltes gràcies a tots els professionals dels centres assistencials i laboratoris, serveis territorials, membres d'ONGs, laboratori de microbiologia de Can Ruti i del CEEISCAT que participen en el SIVES i sense l'esforç dels quals aquest informe no seria possible.

Jordi Casabona
Director

1.1. La infecció pel VIH i la sida a Catalunya

La vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH/sida es coordina a través del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), amb la participació de diverses institucions: l'Agència de Salut Pública de Barcelona, les Delegacions Territorials del Departament de Salut (DS), i la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil del Departament de Justícia. Els centres assistencials recullen la informació de forma confidencial mitjançant un formulari estandaritzat [1-2].

Amb la introducció, l'any 1996, del tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA), es va produir un increment del temps transcorregut entre el contagi i el desenvolupament de la sida, així com de la supervivència dels malalts. Aquesta situació va motivar que els registres de sida experimentessin una disminució en el nombre de nous casos i que, a més, caracteritzessin infeccions antigues. Seguint les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i del CDC, Catalunya va incorporar la vigilància epidemiològica del VIH l'any 2001 amb el Sistema d'Informació de Nous Diagnòstics de VIH [3-4].

La infecció pel VIH a Catalunya és de notificació voluntària des de 2001. S'apliquen els criteris de definició de la infecció pel VIH del CDC [5].

La sida a Catalunya és una malaltia de declaració obligatòria individua-

litzada des de 1987. Els criteris de definició de cas i els mètodes diagnòstics aplicats s'ajusten a les definicions que el CDC en va donar el 1982, el 1985 i el 1987 [6-8], i a la definició europea de 1993 [9].

La codificació de la via de transmissió del VIH es realitza seguint un criteri jeràrquic que dona prioritat a la via parenteral per davant de la via sexual. Aquest criteri s'aplica si un malalt presenta dues o més possibles vies de transmissió [1]. Els criteris de classificació referent al grup de transmissió heterosexual es van modificar l'any 2001. Així, a partir d'aquest any es codifica com a heterosexual sempre que s'assenyali en el formulari que no correspon a un altre factor de risc i que la conducta sexual sigui heterosexual. En els casos diagnosticats abans d'aquesta data, la definició del grup de transmissió heterosexual és més restrictiva, ja que inclou només persones amb conducta heterosexual i que hagin mantingut relacions heterosexuals amb persones infectades, o amb risc elevat d'estar infectades pel VIH [10].

El present informe inclou els nous diagnòstics d'infecció pel VIH notificats des de 2001 fins a 31 de desembre de 2007, amb data de diagnòstic de VIH fins al 31 de desembre de 2006. Pel que fa als casos de sida, s'inclouen els notificats al Registre de sida des de 1981 (any en què va tenir lloc la primera notificació a Catalunya) fins a 31 de desembre de 2007, amb data de diagnòstic de sida fins al 31 de desembre de 2006. Les dades presentades no s'ajusten en funció del retard en la notificació.

Els quatre períodes que es distingeixen quan les dades es presenten agrupades per anys de calendari, fan referència als canvis introduïts en els criteris diagnòstics (períodes 1981-1987, 1988-1993 i 1994-1996) i a l'era posterior a la introducció del TARGA (1997-2006).

L'estat vital s'actualitza per mitjà de la informació que proporcionen els metges declarants (no es recull la causa de la defunció) i es completa amb el creuament realitzat amb les dades notificades al Registre de Mortalitat de Catalunya, que depèn del Servei d'Informació i Estudis del DS. La darrera actualització correspon a les dades de 2005.

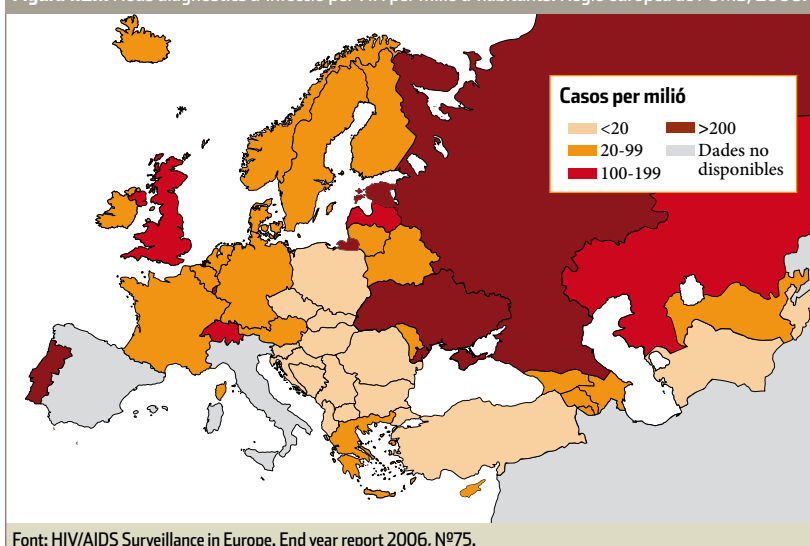
1.2. Epidemiologia dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH

1.2.1. Magnitud i distribució

Durant el 2006, s'han notificat 89.912 nous diagnòstics de VIH a Europa, el 30% dels quals s'han declarat en països de la Unió Europea. Aquest nombre subestima el total d'infectats pel VIH, ja que no tots els països disposen d'un sistema de notificació de nous diagnòstics d'infecció obligatori. Mònaco és l'únic país on encara no es notifica el diagnòstic d'infecció per VIH. En alguns països únicament es disposa de dades d'algunes regions; aquest és el cas d'Itàlia i Espanya [11].

Dels nous diagnòstics declarats a Europa durant el 2006, el 28,2% van ser persones infectades a través de relacions heterosexuals, el 27,4%

Figura 1.2.1. Nous diagnòstics d'infecció pel VIH per milió d'habitants. Regió europea de l'OMS, 2006.



correspon a persones infectades a través de l'ús de drogues per via parenteral i el 8,8% són homes que tenen relacions sexuals amb altres homes (HSH) [11].

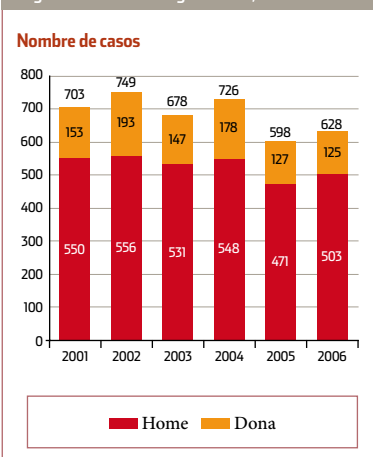
A la **Figura 1.2.1** es poden veure les taxes (per milió d'habitants) de malalts diagnosticats d'infecció pel VIH als països d'Europa, durant el 2006.

La situació a Espanya, pel que fa a la notificació dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH, és una mica dispar, doncs no en totes les CCAA està implementada la vigilància epidemiològica dels nous diagnòstics de VIH. L'any 1990 es va començar a recollir informació per part de 3 CCAA. Actualment, al 2006, ja són 8 les CCAA que han presentat dades: Balears, Canàries, Catalunya, Extremadura, Navarra, País Basc, la Rioja i la ciutat autònoma de Ceuta. Durant l'any 2006 s'han notificat 969 nous diagnòstics de VIH amb una transmissió predominant per relacions heterosexuales (45,3%), seguit

de les relacions entre HSH (35,8%) i de les persones infectades a través de l'ús de drogues per via parenteral (11,5%) [12].

A Catalunya, el nombre de nous diagnòstics d'infecció pel VIH diagnosticats des de l'any 2001 fins al 31 de desembre de 2006 ha estat de 4.082. La taxa anual global de nous diagnòstics per aquest període és de

Figura 1.2.2. Evolució anual dels nous diagnòstics de VIH segons sexe, 2001-2006.



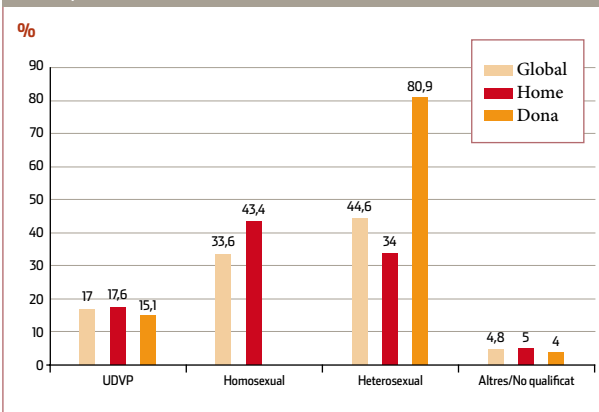
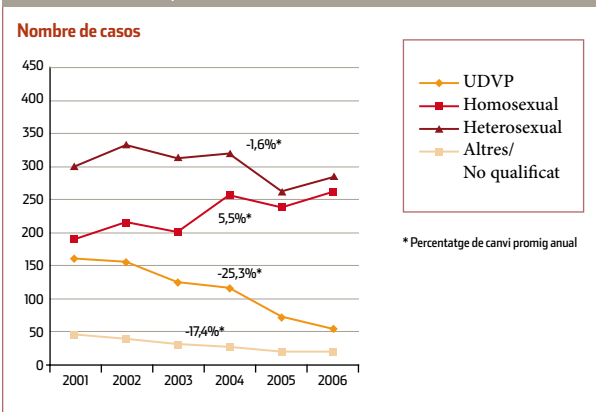
10,2 casos per 100.000 habitants. A la **Figura 1.2.2** es pot veure l'evolució anual dels nous diagnòstics de VIH per sexe des de l'any 2001. Durant el 2006 s'han notificat 628 nous diagnòstics de VIH, un 4,8% més que l'any 2005.

1.2.2. Característiques dels nous diagnòstics de VIH

Del total de nous diagnòstics, el 77,4% són homes i la resta (22,6%) dones. La majoria dels nous diagnòstics d'infecció s'han declarat en persones entre els 25 i 39 anys (58%). La mitjana d'edat global és de 37,1 anys, 37,8 anys pels homes i 34,7 anys per les dones.

Pel que fa a la transmissió de la infecció, les vies més probables de transmissió del virus han estat les relacions heterosexuales en el 44,6% dels casos (34% dels casos en els homes i 80,9% en les dones), seguit en un 33,6% d'HSH (43,4% dels casos en els homes) i l'ús de drogues per via parenteral en el 17% dels casos (**Figura 1.2.3**).

Si mirem les tendències actuals relacionades amb les vies de transmissió de la infecció, observem un increment dels nous diagnòstics de VIH en HSH del 27,4% per al període 2001-2006, passant de 191 casos al 2001 a 263 al 2006 (representa un increment anual promig del 5,5%). Pel que fa als heterosexuales, s'observa un petit descens del 5% per al període 2001-2006, passant de 301 casos al 2001 a 287 casos al 2006 (descens anual promig del 1,6%). En els UDVP, s'observa un important descens del

Figura 1.2.3. Nous diagnòstics de VIH per grups de transmissió i sexe. Catalunya, 2001-2006.**Figura 1.2.4.** Evolució dels nous diagnòstics de VIH segons vies de transmissió. Catalunya, 2001-2006.

191% per al període 2001-2006 passant de 163 casos al 2001 a 56 casos al 2006 (descens anual promig del 25,3%) (Figura 1.2.4).

Entre els nous diagnòstics d'infecció pel VIH que han presentat com a via més probable de transmissió l'heterosexual, s'observa com en els homes el factor de risc conegut més freqüent és degut a contactes sexuals sense protecció amb múltiples parelles (37,5%) seguit del contacte sexual sense protecció amb persones que es sap tenen sida o estan infectades pel VIH (16,4%); mentre que entre les dones els factors de risc s'inverteixen ja que el més freqüent són les relacions sexuals

sense protecció amb persones que es sap tenen sida o estan infectades pel VIH (36,1%), seguit del contacte sexual sense protecció amb múltiples parelles (23,8%). En tercer lloc trobem, entre els homes, el contacte sexual amb persones usuàries o clients de treballadores del sexe (TS) i entre les dones, el contacte sexual sense protecció amb homes UDVP (Taula 1.2.1).

Pel que fa a l'estadiatge clínic, tot i que el 56,4% eren asimptomàtics en el moment del diagnòstic de VIH, en un 26,3% el malalt complia criteris de sida i en el 8,3% d'ocasions presentava simptomatologia encara que sense criteris de sida.

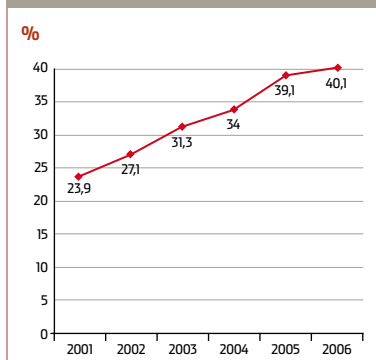
Per al període analitzat, la proporció d'immigrants entre els nous diagnòstics de VIH a Catalunya és del 32,2% [13]. S'observa però un increment progressiu al llarg del període analitzat, passant del 23,9% l'any 2001 al 40,1% l'any 2006 (Figura 1.2.5).

En global, el 39,1% procedeixen d'Amèrica Llatina i Carib, el 31,4% d'Àfrica Subsahariana, el 10,5% d'Europa Occidental, el 6,8% d'Àfrica del Nord, el 5,9% d'Europa Oriental i la resta d'altres països (6,3%). Globalment els països d'origen més freqüents són Equador amb

Taula 1.2.1. Factors de risc en la transmissió heterosexual entre els nous diagnòstics de VIH. Catalunya, 2001-2006.

Conducta heterosexual amb:	Homes %	Dones %
Desconegut	41,5	36,3
Múltiples parelles sexuals	37,5	23,8
Persona amb sida o infectada pel VIH	16,4	36,1
Parelles usuàries o clients de prostitució	15,2	4,6
UDVP	4,2	7,5
Altres	0,8	1,5

La suma dels % pot ser superior a 100 per la possibilitat de resposta múltiple.

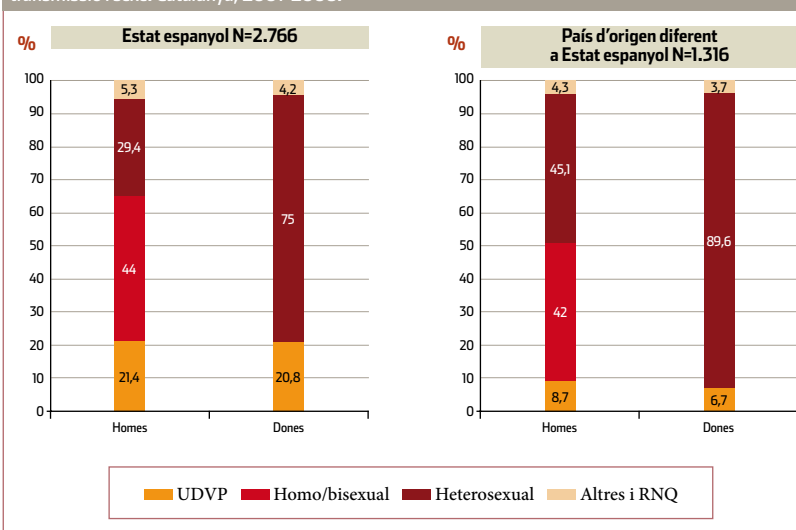
Figura 1.2.5. Evolució dels nous diagnòstics de VIH en població immigrant. Catalunya, 2001-2006.

Taula 1.2.2. País d'origen dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH. Catalunya, 2001-2006.

	N	%
Estat Espanyol	2.766	72,3
Altres països	1.316	32,2
Amèrica Llatina i Carib	515	39,1
Equador	116	
Colòmbia	82	
Àfrica del Nord	89	6,8
Marroc	72	
Àfrica Subsahariana	413	31,4
Nigèria	58	
Europa Occidental	138	10,5
Portugal	25	
Europa Oriental	78	5,9
Rússia	32	
Altres	83	6,3

el 8,8% del total de casos, Colòmbia amb el 6,2% i Brasil amb el 5,6% (Taula 1.2.2).

La via de transmissió de la infecció pel VIH més freqüent ha estat la heterosexual (57,8%), representant el 45,1% en els homes i el 89,6% en les dones. En segon lloc, la via de

Figura 1.2.6. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció per l'VIH segons país d'origen, grup de transmissió i sexe. Catalunya, 2001-2006.

transmissió més freqüent entre els homes han estat els HSH (42%) i entre les dones ha estat l'UDVP (6,7%) (Figura 1.2.6).

A la Figura 1.2.7 podem veure la distribució de les vies de transmissió segons regions d'origen. Si bé en les dones la via heterosexual és la més

freqüent independentment de la regió d'origen, això no passa en el cas dels homes: la via de transmissió més freqüent en els homes procedents d'Àfrica és la heterosexual, en els que procedeixen d'Amèrica Llatina i d'Europa Occidental són HSH i en els que procedeixen d'Europa Oriental és de UDVP.

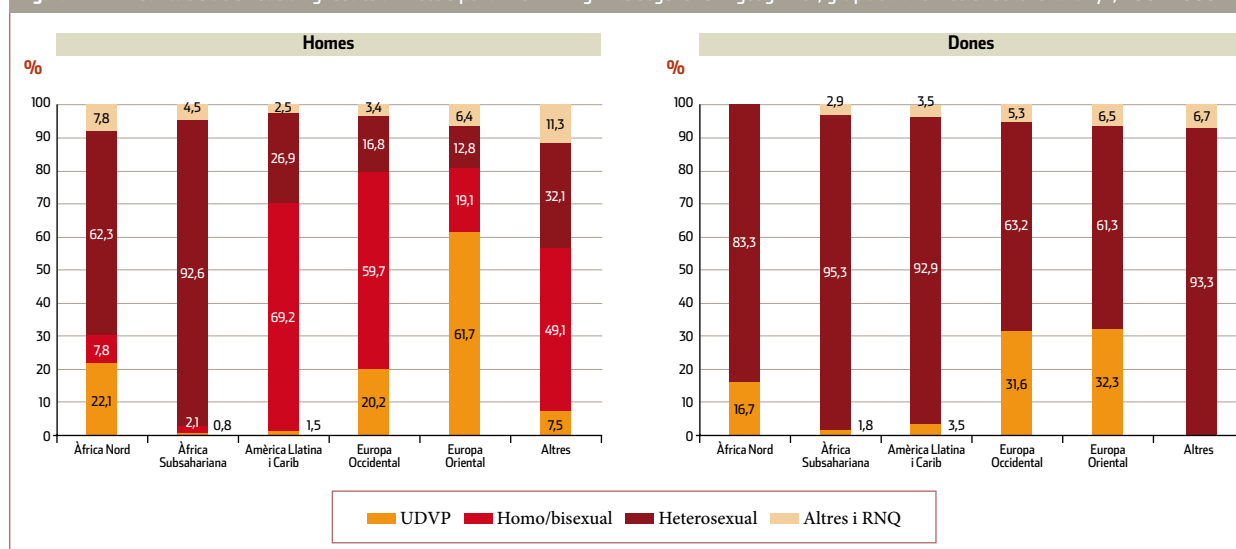
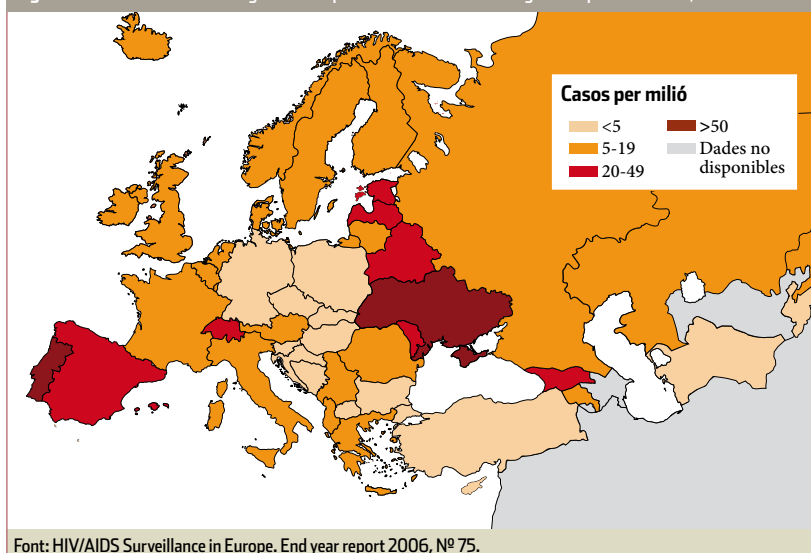
Figura 1.2.7. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH en immigrants segons zona geogràfica, grup de transmissió i sexe. Catalunya, 2001-2006.

Figura 1.3.1. Casos de sida diagnosticats per milió d'habitants. Regió europea de l'OMS, 2006.



➤ Per al període 2001-2006, s'han notificat un total de 4.082 nous diagnòstics d'infecció per VIH. Això suposa una taxa global de 10,2 casos per 100.000 habitants, xifra similar a la del Regne Unit. És necessari potenciar les mesures de prevenció primària i promoure estratègies de prevenció secundària, com el diagnòstic precoç i el consell assistit, per tal de modificar les conductes i reduir la transmissió a altres persones.

➤ La via més freqüent de transmissió de la infecció pel VIH ha estat la sexual (44,6% a través de relacions heterosexuales i 33,6% a través de les relacions de HSH). Aquestes dades aconsellen reforçar la prevenció primària de la infecció pel VIH, mitjançant la promoció d'hàbits sexuals saludables, així com intervencions en homes que tenen sexe amb homes i en joves.

➤ Entre els nous diagnòstics d'infecció pel VIH, la proporció d'immigrants representa el 32,2%. Això ens indica la necessitat d'assegurar l'accés als serveis sanitaris d'aquest col·lectiu, facilitar-li informació dels centres on es fa la prova, així com informació de les mesures de prevenció primària i secundària.

1.3. Epidemiologia de la sida

1.3.1. Magnitud i distribució de la sida

Entre els països d'Europa, l'Estat espanyol ocupa el tercer lloc pel que fa a la incidència de la sida, després de Portugal i Ucraïna [11]. L'any 2006, la taxa d'incidència per milió d'habitants ha estat de 99 casos a Ucraïna, de 66 a Portugal i de 35 a Espanya (Figura 1.3.1). Segons l'última actualització, en

Taula 1.3.1. Casos de sida diagnosticats per milió d'habitants. Espanya, 2006.

Balears	57,4
País Basc	56,5
Madrid	51,6
Melilla	44,9
Ceuta	42,0
Galícia	34,3
Andalusia	32,5
Múrcia	30,0
Catalunya	30,0
Navarra	27,1
La Rioja	26,7
C. Valenciana	25,0
Castella i Lleó	22,7
Astúries	21,8
Canàries	19,4
Extremadura	18,6
Castella la Manxa	13,2
Cantàbria	12,6
Aragó	11,2
Total	32,2

Font: Secretaria del Plan Nacional Sobre Sida.

el Registre espanyol de casos de sida, hi consten 74.050 casos amb data de diagnòstic fins a 31 de desembre de 2006 [13].

Pel que fa al territori espanyol, l'any 2006 Catalunya ha estat la setena comunitat autònoma (CCAA) amb una major incidència de casos de sida amb una taxa per 1.000.000 habitants de 30 [11]. Entre les CCAA amb taxes per 1.000.000 habitants superiors a 50 estan en primer lloc les Illes Balears amb 57, seguida del País Basc amb 56 i de Madrid amb 52 (Taula 1.3.1).

A Catalunya, amb una població de 6.927.772 d'habitants l'any 2006, el nombre de casos de sida des de l'any 1981 fins al 31 de desembre de 2006 ha estat de 16.226. D'aquests, 566 (3,5%)

Taula 1.3.2. Nombre de casos de sida residents a Catalunya i taxa d'incidència (per 100.000 habitants) per regió sanitària, 1998-2006.

Regió sanitària	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
Lleida	29	8,5	25	7,3	26	7,6	25	7,1	19	5,4	18	5,1	14	4,0	13	3,7	9	2,7
Tarragona	34	7,8	35	8,0	30	6,8	30	6,4	25	5,3	14	3,0	13	2,8	6	1,3	4	0,7
Terres de l'Ebre	5	3,8	5	3,8	8	6,0	9	6,6	11	8,0	4	2,9	5	3,7	5	3,7	6	3,4
Girona	51	5,6	35	3,8	38	4,1	37	3,9	32	3,3	39	4,1	22	2,3	13	1,4	23	3,4
Costa de Ponent	119	13,0	103	11,2	80	8,7	73	7,6	61	6,4	50	5,2	54	5,6	46	4,8		
Barcelonès Nord i Maresme	94	13,8	69	10,1	70	10,3	55	7,7	65	9,1	49	6,9	47	6,6	58	8,1		
Centre	98	6,1	97	6,1	84	5,3	64	3,8	60	3,6	57	3,4	29	1,7	26	1,6		
Barcelona Ciutat	256	17,0	207	13,7	190	12,6	181	12,0	154	10,2	176	11,7	150	10,0	111	7,4		
Catalunya Central																	8	1,7
Barcelonès																	198	4,1
Alt Pirineu i Aran																	2	2,8
Total	686	10,5	576	8,8	526	8,1	474	7,0	427	6,3	407	6,0	334	4,9	278	4,1	250	3,5

són residents de fora de Catalunya, majoritàriament de la resta de l'Estat espanyol, o sense residència coneguda. Totes les dades que s'analitzen en aquest informe fan referència als 15.660 casos residents a Catalunya.

Des del diagnòstic del primer cas el 1981, la taxa anual d'incidència va augmentar progressivament, passant de 0,8 casos per 100.000 habitants l'any 1983 fins a arribar a 26,1 casos per 100.000 habitants l'any 1994, coincidint amb l'expansió de la definició epidemiològica de cas de sida. Entre 1996 i 1998 es va produir una forta davallada en el nombre de casos (1.357 i 686 casos, respectivament), representant una disminució de les notificacions de sida del 49% en 2 anys. Des d'aleshores, la disminució anual del nombre de casos de sida és menor i més gradual, reflectint l'estabilització de l'efecte de les noves teràpies en la incidència de casos de sida. Durant l'any 2006, els casos notificats al Registre de sida de Catalunya han estat 250, representant una taxa global de 4,3 casos per 100.000 habitants. Les regions sanitàries que han presentat

una major taxa en el 2006 han estat el Barcelonès, Girona i Terres de l'Ebre, amb 4,1 i 3,4 casos per 100.000 habitants respectivament (**Taula 1.3.2**). La interpretació de les dades dels casos de sida declarats en els darrers semestres s'ha de fer amb cautela i de forma provisional a causa del retard de notificació. Tenint present aquesta consideració, durant l'any 2006 s'han diagnosticat un 10,1% menys casos que en el 2005.

1.3.2. Característiques dels casos de sida

Del total de casos de sida notificats, els homes representen el 80,5% dels casos. Tot i així, la proporció de casos diagnosticats en dones ha anat augmentant amb els anys passant d'un 14,2% l'any 1986 a un 19,2% l'any 2006. A la **Figura 1.3.2** es pot veure la distribució dels casos diagnosticats per sexe des del començament de l'epidèmia, així com la raó homes:dones.

El 66,3% dels casos de sida s'han diagnosticat majoritàriament en per-

sones que tenen de 25 a 39 anys. La mitjana d'edat de les persones en el moment del diagnòstic ha anat incrementant progressivament, tant en homes com en dones. En el primer període (1981-1987), la mitjana ha estat de 30,8 anys en els homes i de 24,9 en les dones, mentre que en el darrer període (1997-2006) la mitjana d'edat en el moment del diagnòstic ha estat significativament més elevada, 39,6 i 36 anys en homes i dones respectivament.

La via de transmissió que acumula més casos de sida a Catalunya és a través de l'ús de drogues per via parenteral per la de l'UDVP amb un 55,3% (55,2% en homes i un 55,5% en dones). El segon lloc l'ocupa, entre els homes, el grup dels HSH (23,8%) i entre les dones, l'infectat per relacions heterosexuales (34,8%).

Si mirem les tendències en la distribució dels grups de transmissió observem que des de l'inici de l'epidèmia fins a l'any 1993, el grup UDVP representava el 58% dels casos de sida, seguit de les relacions amb HSH

Figura 1.3.2. Casos de sida per sexe i any de diagnòstic. Catalunya, 1981-2006.

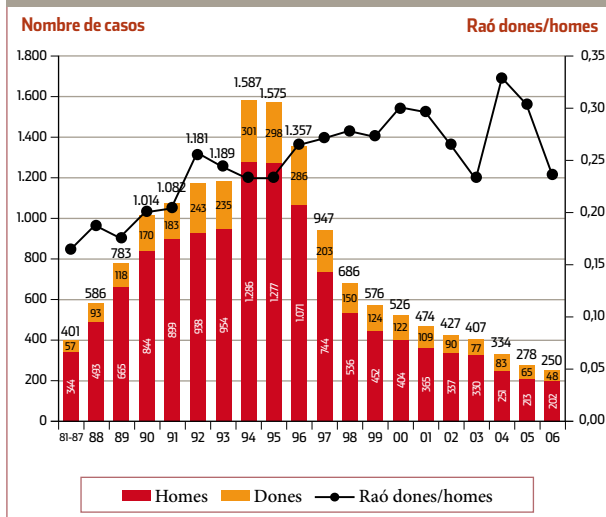
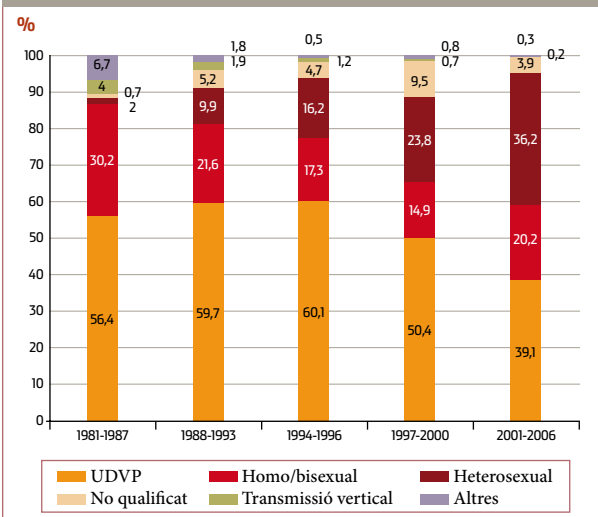


Figura 1.3.3. Evolució percentual dels casos de sida per grup de transmissió segons períodes. Catalunya, 1981-2006.



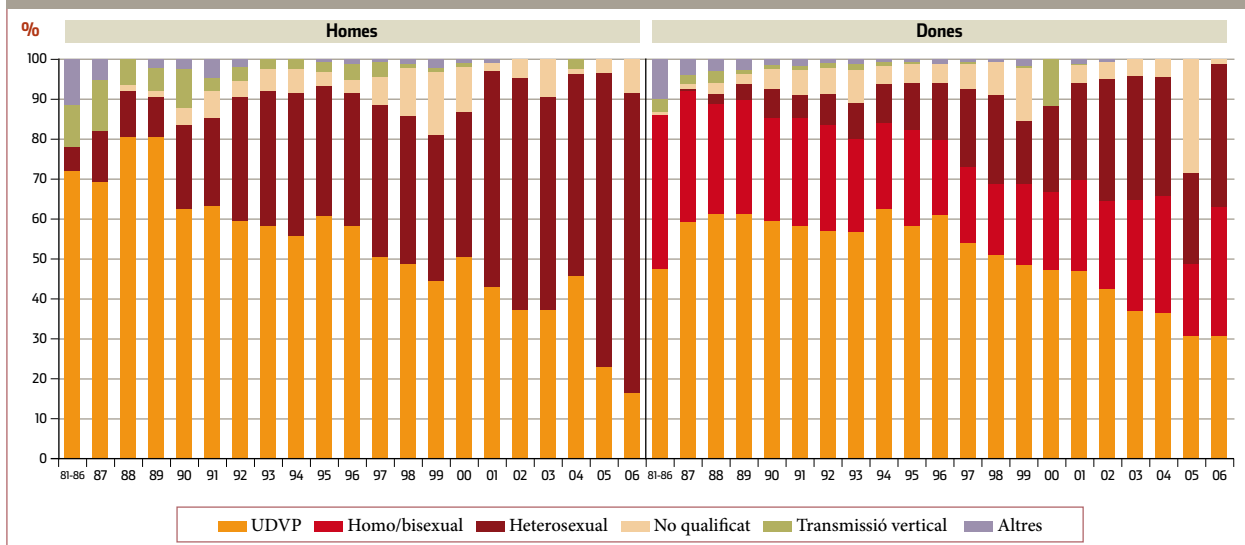
amb un 26% dels casos. Si es compara amb les tendències recents (període 2001-2006) observem el gran descens dels casos en UDVP (39,1%), una estabilització dels casos de sida en HSH (20,2%) i un gran increment dels casos de sida en heterosexuals (36,2%) (Figura 1.3.3). A la Figura 1.3.4 es representa l'evolució anual percentu-

al per grup de transmissió i sexe en el període 1981-2006.

A la Taula 1.3.3 es presenten les malalties indicatives de sida, agrupades per períodes. Des del canvi de definició de sida l'any 1994, la tuberculosi (pulmonar o extrapulmonar) és la malaltia indicativa de la sida més freqüent i

representa un 30,6% dels casos diagnosticats en l'últim període. En segon lloc cal destacar les pneumònies per *Pneumocystis jiroveci*, que representa el 19% del total de casos en el mateix període. Entre les dones diagnosticades de sida per al període 1994-2006 (1.956), 272 tenien un diagnòstic de càncer invasiu de cèrvix (13,9%).

Figura 1.3.4. Evolució percentual dels casos de sida per grup de transmissió i sexe. Catalunya, 1981-2006.



Taula 1.3.3. Distribució de les malalties indicatives de sida dels casos residents a Catalunya per períodes, 1981-2006.

	1981-1987		1988-1993		1994-2006		Global	
Malaltia indicativa de sida	N	%	N	%	N	%	N	%
Pneumònia per <i>P. jiroveci</i>	105	26,2	1.260	21,6	1.794	19,0	3.159	20,2
Tuberculosi extrapulmonar		–	1.225	21,0	1.334	14,2	2.571	16,4
Candidiasi esofàgica	87	21,7	745	12,8	900	9,6	1.732	11,1
Tuberculosi pulmonar	–	–	–	–	1.548	16,4	1.551	9,9
Síndrome caquètica	–	–	707	12,1	757	8,0	1.464	9,3
Toxoplasmosi cerebral	45	11,2	518	8,9	578	6,1	1.141	7,3
Sarcoma de Kaposi	45	11,2	370	6,3	441	4,7	856	5,5
Limfomes	22	5,4	138	2,3	361	3,9	521	3,4
Infecció per CMV	19	4,7	122	2,1	182	1,9	423	2,0
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	8	2,0	100	1,7	286	3,0	394	2,5
Encefalopatia per VIH	1	0,2	131	2,2	220	2,3	352	2,2
Pneumònia recurrent	–	–	4	0,1	272	2,9	276	1,8
Càncer invasiu de coll d'úter	–	–	4	0,1	272	2,9	276	1,8
Criptosporidiosi	18	4,5	137	2,4	120	1,3	275	1,8
Criptococcosi extrapulmonar	9	2,2	91	1,6	154	1,6	254	1,6
Herpes simple muco-cutani crònic	8	2,0	77	1,3	74	0,8	159	1,0
Mycobacterium avium o kansasii	3	0,7	24	0,4	92	1,0	119	0,8
Mycobacterium altres espècies, extrapulmonar	2	0,5	32	0,5	76	0,8	110	0,7
Múltiples infeccions bacterianes recorrents	3	0,7	49	0,8	21	0,2	73	0,5
Septicèmia per Salmonella	1	0,2	39	0,7	31	0,3	71	0,5
Isosporiasi amb diarrea	5	1,2	21	0,4	26	0,3	52	0,3
Candidiasi traqueal/bronquial o pulmonar	5	1,2	13	0,2	21	0,2	39	0,2
Herpes simple bronquial, Pulmonar o esofàgic	–	–	13	0,2	18	0,2	31	0,2
Pneumonitis intersticial limfoide	3	0,7	14	0,2	10	0,1	27	0,2
Histoplasmosi disseminada	–	–	1	0,0	9	0,1	10	0,1
Coccidioomicosi disseminada	–	–	–	–	1	0,0	1	0,0
Total	401		5.835		9.424		15.660	

1.3.3. La sida en els nens

La sida pediàtrica ha experimentat una disminució dràstica des que l'any 1996 es va incorporar la profilaxi amb AZT en les embarassades infectades pel VIH (Figura 1.3.5). Dels 222 casos pediàtrics que consten al Registre de casos de sida de Catalunya fins a 31 de desembre de 2006, la major part s'han produït per transmissió vertical (91,9%), i dins d'aquest grup, el 49% de les mares es van contagiar per l'ús

compartit de material d'injecció parenteral i el 37,3% per relacions heterosexuals. L'any 2004 es va notificar el darrer cas de sida en un nen.

1.3.4. Mortalitat per sida

Fins a finals del 2006 consten 10.086 defuncions en el Registre de casos de sida (64,4% del total de casos de sida notificats). S'estima que aproximadament 5.574 persones viuen amb sida

a Catalunya (4.332 homes i 1.242 dones) (Figura 1.3.6).

El 66,3% de les defuncions afecten al grup d'edat entre 25 i 39 anys, i el 59,6% s'ha produït en persones que van adquirir la infecció via UDVP.

Amb la introducció del TARGA l'any 1996 s'observa un descens marcat de la mortalitat en aquest pacients del 50,4% a partir de l'any 1997 i que es manté baix fins a l'actualitat.

Figura 1.3.5. Incidència de la sida pediàtrica per any de naixement. Catalunya, 1986-2006.

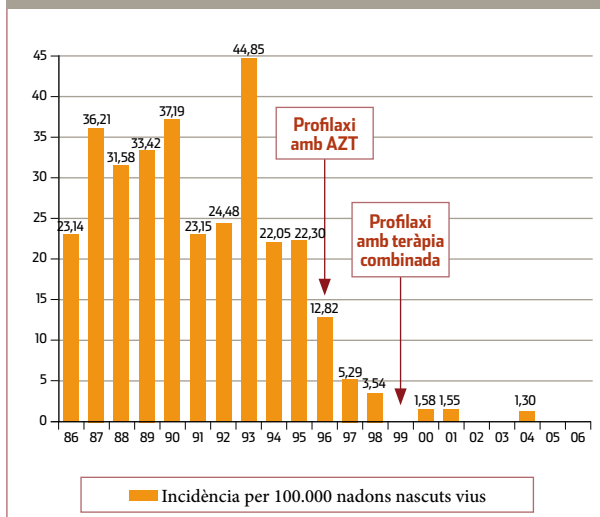
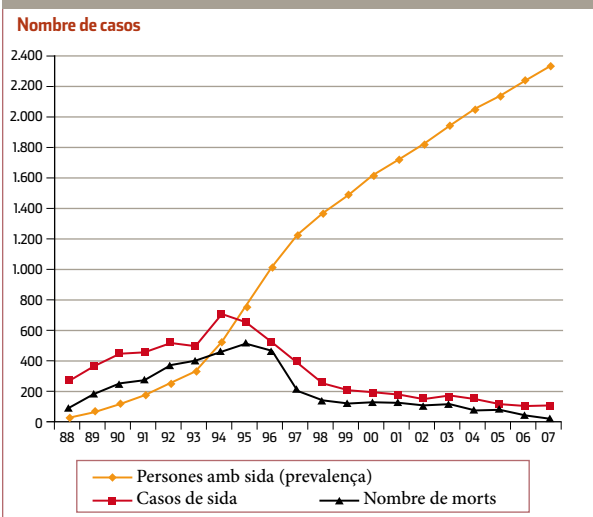


Figura 1.3.6. Evolució anual de la incidència i prevalença dels casos de sida residents a Barcelona ciutat, 1988-2007.



Taula 1.3.4. Anys potencials de vida perduts (APVP-65) atribuïbles a mortalitat per sida. Catalunya, 1992-2005.

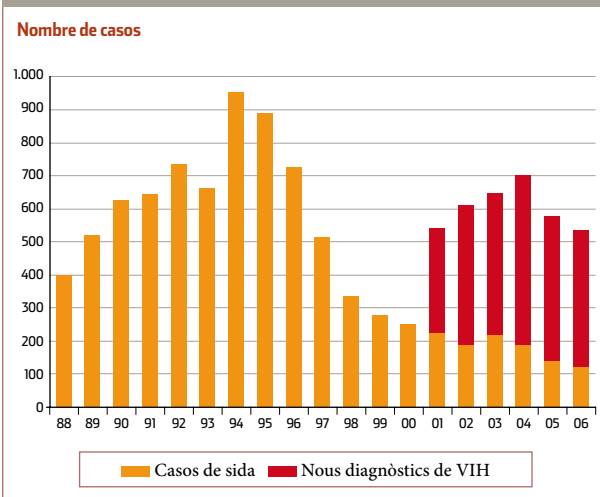
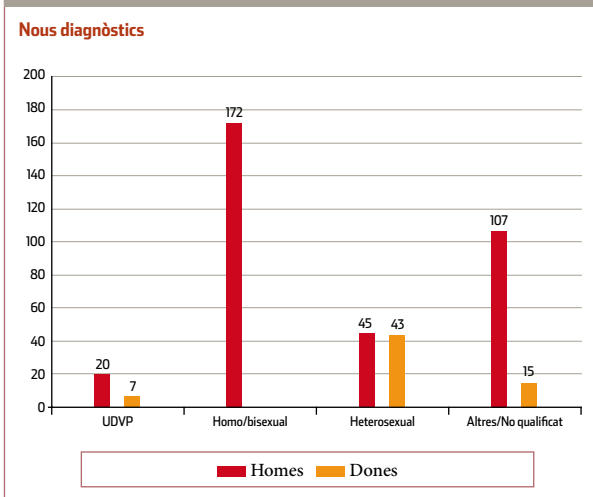
Any	APVP-65 sida		APVP-65 (%) Sobre totes les causes de mort	
	Homes	Dones	Homes	Dones
1992	17.342	3.585	—	—
1993	18.440	5.446	—	—
1994	22.498	6.207	—	—
1995	24.534	6.036	17,7	11,4
1996	20.199	5.642	15,0	10,0
1997	9.255	2.433	8,1	4,5
1998	5.077	1.348	4,4	2,6
1999	4.993	1.375	4,7	2,9
2000	4.853	1.164	4,7	3,0
2001	3.890	1.429	4,0	3,6
2002	4.346	1.371	4,5	3,5
2003	3.478	1.279	3,5	3,2
2004	4.015	880	2,9	1,6
2005	3.385	968	2,5	1,7

Taula 1.3.5. Proporció de persones que sobreviuen més de 12, 24 i 36 mesos després del diagnòstic de sida segons via de transmissió. Període 2000-2002.

	Supervivència en mesos (%)			
	N	>12	>24	>36
UDVP	647	77,9	71,4	68,5
Homo/bisexual	238	82,4	79,8	76,9
Heterosexual	434	57,7	81,6	79,5
Transmissió vertical	3	100,0	100,0	100,0
No qualificat	96	75,0	71,9	69,8
Altres	9	77,8	77,8	77,8
Total	1.427	80,9	76,0	73,4

A la **Taula 1.3.4** es pot veure l'impacte de l'epidèmia de la sida, mesurada mitjançant els anys potencials de vida que va perdre la població de 13 a 65 anys de Catalunya. L'any 2005, la mort per sida equival al 2,3% dels anys potencials de vida perduts per totes les causes de mort en aquest grup d'edat a Catalunya.

La supervivència a llarg termini d'una persona amb diagnòstic de sida també s'ha vist incrementada amb la introducció del TARGA l'any 1996 [14], passant d'una supervivència als 12, 24 i 36 mesos del 67,6%, 52,4% i 47,3% l'any 1995 al 80,9%, 76% i 73,4% per al període 2000-2002, respectivament. A la **Taula 1.3.5** podem veure la distribució de la supervivència als 12, 24 i 36 mesos en els pacients diagnosticats de sida durant el període 2000-2002 segons la via de transmissió. Cal destacar la menor supervivència a llarg termini de les persones amb sida amb via de transmissió UDVP.

Figura 1.3.7. Casos de sida i de nous diagnòstics de VIH notificats a Barcelona ciutat, 1988-2006.**Figura 1.3.8.** Distribució de la via de transmissió dels nous diagnòstics d'infecció per VIH segons sexe declarats a Barcelona ciutat, 2006.

1.3.5. La infecció pel VIH/sida a Barcelona

Patricia García de Olalla, Roser Clos, Joan A Caylà i equip d'infermeria del Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Des de l'inici de l'epidèmia fins al 2006, s'han notificat 8.979 casos de sida dels quals 6.521 (73%) són residents de la ciutat de Barcelona. A l'any 2006, s'han notificat 108 casos de sida en residents a la ciutat, sense observar-se un descens respecte el darrer any (109 casos al 2005) (**Figura 1.3.7**). El 79% dels casos són homes, l'edat mitjana al diagnòstic és de 40 anys en els homes i de 39 anys en el cas de les dones. El 29% dels casos corresponen a persones nascudes fora d'Espanya. El 69% dels homes s'han infectat per la via sexual (48% en HSH i 21% heterossexuals). En el 61% de les dones, la via de transmissió és heterossexual. Pel que fa a la via de transmissió, continua observant-se un descens en els UDVP, que han passat de 42 a 24 casos al 2005 i 2006, respectivament. En HSH s'observa un increment del 32% (passant de 31 ca-

sos al 2005 a 41 casos al 2006). En el cas de les dones, s'observa un lleuger increment en els casos de transmissió heterossexual, passant de 12 casos al 2005 a 14 al 2006.

La proporció de casos que no coneixien la seva infecció pel VIH abans del diagnòstic de sida va ser del 43%. Aquesta proporció és encara més alta en persones infectades per relacions sexuals no protegides (84% en el cas dels homes i 75% en les dones).

La tuberculosi i la pneumònia per *Pneumocystis jiroveci* són les malalties indicatives més freqüents amb el 19,4% dels casos.

És important tenir en compte que les dades de vigilància de la sida representen a les persones en l'estadi més avançat de la malaltia i no informen de la freqüència de les noves infeccions, ni de la seva evolució, podent-se donar el fet que augmentin les noves infeccions mentre els casos de sida segueixin una altra tendència.

Durant l'any 2006, s'han notificat al Sistema de notificació voluntària de nous diagnòstics d'infecció pel VIH 410 nous diagnòstics de VIH en majors de 18 anys, que representen un 6% menys que l'any 2005 (**Figura 1.3.8**). El 84% dels casos són homes. En el 30% no es coneix la via de transmissió. Dels 288 casos en que es coneix, la via de transmissió més freqüent és HSH (73%) i heterossexual en les dones (86%).

Per a aconseguir un descens dels casos de VIH/sida és necessari potenciar intervencions preventives, com l'ús consistent del preservatiu, la informació sobre l'ús de drogues, la disminució del nombre de parelles sexuals, etc., així com les destinades a promoure la prova del VIH, no solament amb la finalitat de detectar nous casos d'infecció aguda, sinó també com una eina per a evitar noves infeccions. La notificació obligatòria dels casos d'infecció continua sent, encara en el nostre país, un objectiu no assolit per a establir

una xarxa de vigilància dinàmica que permeti disposar d'un sistema d'informació fiable, que ajudaria en el disseny i execució de programes de prevenció eficaços.

➤ Durant l'any 2006, s'han notificat un 10,1% menys casos de sida que en el 2005. L'edat mitjana dels homes i dones afectats de sida, s'ha incrementat en 8,8 i en 11,1 anys respectivament des del primer període (1981-1987) fins al darrer període (1997-2006).

➤ La malaltia indicativa de sida més prevalent continua sent la tuberculosi, seguida per la pneumònia per *Pneumocystis jiroveci* i per la candidiasi esofàgica. El càncer invasiu de cèrvix ha representat el 13,9% dels casos de sida entre les dones, que fa destacar la importància del cribratge del càncer de cèrvix en tota dona infectada pel VIH.

➤ Paral·lelament al descens de la taxa de transmissió vertical per l'extensió del TARGA, en els darrers dos anys no s'han notificat casos de sida en nens.

➤ La supervivència als 12, 24 i 36 mesos després del diagnòstic de sida s'ha incrementat des de la introducció del TARGA l'any 1996, essent per al període 2000-2002 del 80,9%, 76% i 73,4% respectivament.

➤ Tot i que, amb la introducció del TARGA l'any 1996, la mortalitat per sida va disminuir més del 50%, aquesta es manté estable en els darrers anys. Cal analitzar si aquesta mortalitat és directament atribuïble a la infecció pel VIH o es deu a altres causes, estiguin o no relacionades amb la sida.

Bibliografia

[1] Programa per a la Prevenció i el Control de la Sida. Instruccions per emplenar el nou protocol de declaració de cas de sida (1994). Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 1994;vol XV(núm. extra.):29-34.

[2] *Manual de notificació de les malalties de declaració obligatòria per a l'any 2007*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006.

[3] Casabona J, Romaguera A, Almeda J, Blanch C, Caylà JA, Miró JM; Grupo de Trabajo sobre la Declaración del HIV. La declaración de los nuevos diagnósticos de HIV en Catalunya: ¿es el consenso técnico posible?. Gac Sanit. 2003;17(1):75-82.

[4] Romaguera A, Binefa G, Casabona J, Garcia de Olalla P, Cayla J, Camps N, et al. Declaración de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Cataluña. Implementación y resultados. Gac Sanit. 2005;19(5):356-62.

[5] *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe: report on the status of communicable diseases in the EU and EEE/EFTA countries*. Suècia: European Center for Disease Prevention and Control, 2007.

[6] Centers for Disease Control. Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1982;31(37):507-14.

[7] Centers for Disease Control. Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1985;34(25):373-5.

[8] Centers for Disease Control. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): Council of State and Territorial Epidemiologists; AIDS Program, Center for Infectious Diseases. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1987;36(Suppl 1):1S-15S.

[9] European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS Surveillance in Europe. AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report. 1993;37:23-8.

[10] Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya. Vigilància epidemiològica de la sida a Catalunya: situació fins al 30 de juny de 2002. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 2002; vol XXIII(10):149-55.

[11] EuroHIV. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No 75.

[12] Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. *Vigilancia epidemiológica del VIH en España : valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA : periodo 2003-2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, 2007. Informe semestral nº1.

[13] Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. *Vigilancia Epidemiológica del Sida en España : registro nacional de casos de sida*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, 2007. Informe semestral nº 1.

[14] Rius C, Binefa G, Montoliu A, Esteve A, Ribas G, Gispert R, Casabona J. Cambio de la supervivencia de los casos de sida en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(5):167-71.

2.1. Estimació de la prevalença global de la infecció pel VIH a Catalunya

La dificultat de fer un estudi transversal d'una infecció relativament poc freqüent a la població de Catalunya ens obliga a aconseguir aquesta prevalença mitjançant estimacions i estudis en poblacions seleccionades. El CEEISCAT porta a terme estudis epidemiològics transversals per tal de conèixer la prevalença de la infecció pel VIH en diferents poblacions. Aquesta mesura ens permet estimar el nombre total de persones infectades pel VIH en un moment determinat.

Encara que només és una aproximació a una dada molt important per a la planificació d'intervencions preventives, l'estimació de la prevalença es justifica perquè el sistema de declaració dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH (**veure punt 2.2.1**) no és exhaustiu. Donat aquest fet, l'estimació de la prevalença no es pot obtenir restant el nombre de morts de sida del nombre d'infectats diagnosticats (*prevalença = nombre d'infectats diagnosticats - morts per sida*), i per això s'ha calculat a partir del sumatori d'estimacions sectorials (*prevalença = població de risc x prevalença estimada en cada sector de població*) [1].

De la mateixa manera que en informes anteriors, s'utilitzen com a estimadors sectorials de la prevalença pel VIH (p) dades dels estudis mostrats a la **Taula 2.1.1**: el cribratge anònim no relacionat en els na-

dons i la població treballadora, el cribratge sistemàtic de donacions de sang i els estudis transversals en UDVP, dones treballadores del sexe i homes que tenen relacions sexuals amb homes. En el cas dels UDVP, a diferència d'anys anteriors (**veure SIVES 2005**), s'han utilitzat les dades de prevalença d'injectors que han iniciat tractament per a la seva addicció.

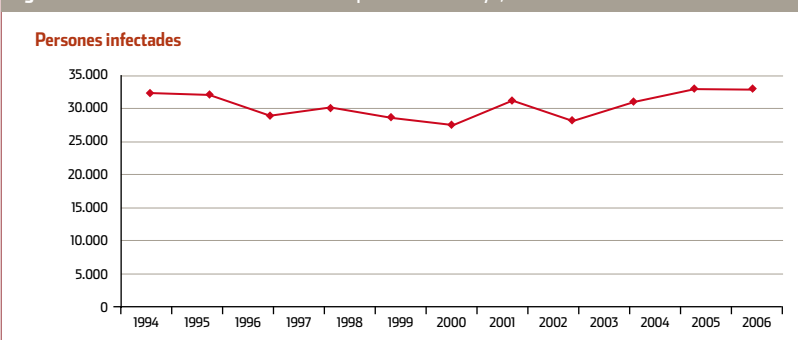
Com a denominadors (n) s'utilitzen estimacions de població corregides i revisades d'acord amb el cens de 1991 de l'Institut Nacional d'Estadística, a data 1 de juliol de cada any fins al 2001 [2] i les projeccions de població calculada a partir del cens del 2001 del mateix institut pels anys següents [3]. Per calcular el nombre aproximat de la població d'HSH, es fan extrapolacions de l'estudi transversal nacional sobre homosexualitat al Regne Unit [4], i per calcular la població d'UDVP s'utilitzen les dades procedents dels estudis de captura-recaptura fets a Barcelona [5], i de l'Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies (OEDT) [6]. Per a les estimacions, s'han exclòs del denominador les persones de més de 65 anys.

Per a l'estimació del nombre d'infectats en l'edat pediàtrica s'han utilitzat dades de prevalença en nens de menys d'un any obtingudes del Projecte NENEXP (**veure Capítol 5 per a més informació**) [7-8], mentre que entre els nens d'1 a 14 anys s'han pres dades proporcionades pel Grup Col·laboratiu Pediàtric Espanyol.

Des de 1994 fins al 2006 s'ha estimat la prevalença global de la infecció pel VIH a Catalunya amb la mateixa metodologia, aplicant les prevalences observades i les estimacions demogràfiques adequades a cada any. Pel càlcul dels intervals de confiança al 95% (IC 95%) s'ha utilitzat el mètode d'aproximació a la distribució normal, en els casos en què les mides poblacionals (n) i la prevalença observada (p) complien les condicions $np \geq 5$ i $n(1 - p) \geq 5$; i s'ha aplicat el mètode exacte en les poblacions que no verificaven les condicions anteriors [9].

El nombre de persones vives infectades pel VIH a Catalunya el 2006 s'ha estimat en 32.932 (IC95%: 25.496-40.737) en el conjunt de la població general (**Figura 2.1.1**); és a dir, 6 de cada 1.000 persones entre els 15

Figura 2.1.1. Evolució del nombre d'infectats pel VIH. Catalunya, 1994-2006.



i els 64 anys podrien estar infectades pel VIH, la qual cosa no suposa un descens significatiu respecte a les estimacions per a 2003, que situaven aquesta xifra al voltant dels 33.000 persones (7 de cada 1.000). També és important destacar que, d'acord amb les nostres estimacions, hi podria haver al voltant de 4.000 dones en edat fèrtil infectades pel VIH. La **Figura 2.1.1** mostra la tendència de la prevalença global del VIH estimada a Catalunya per al període 1994-2005.

2.2. Estudis en poblacions sentinella

A més de servir de base per a l'estimació del nombre de persones vives infectades pel VIH a Catalunya, el monitoratge de poblacions sentinella ens permet conèixer les variacions o tendències de la prevalença en aquests grups de població i la distribució d'aquesta infecció a casa nostra, complementant la informació rebuda de la declaració dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH. Aquestes poblacions es seleccionen amb criteris de representativitat, homogeneïtat i accessibilitat i pretenen reflectir tant la població general com els grups de població amb més activitats de risc per a l'adquisició del VIH.

Segons la metodologia de recollida d'informació utilitzada, a les poblacions objecte d'estudi s'hi inclouen les categories següents:

a) Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH mitjançant cribratge anònim no relacionat

Aquesta categoria inclou estudis que utilitzen mostres de sang seca,

recollides amb objectius diferents a l'obtenció d'aquesta prevalença, en els casos següents:

- Mostratges procedents del Programa de cribratge neonatal de metabolopaties fets a la meitat dels nadons nascuts vius cada any a Catalunya.
- Anàlisis laborals anuals rutinàries de treballadors d'empreses industrials i de serveis estables de Catalunya.

b) Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH mitjançant estudis transversals voluntaris i anònims

Aquesta categoria comprèn estudis transversals de camp que es fan per monitorar de manera voluntària i anònima la prevalença de la infecció pel VIH en diverses poblacions amb risc d'exposició al virus, fent determinacions d'anticossos en mostres de saliva i de sang seca. Les poblacions estudiades són:

- Els UDVP reclutats al carrer.
- Els homes que mantenen relacions sexuals amb altres homes, reclutats a llocs de freqüentació habitual i exclusiva.
- Les dones treballadores del sexe reclutades al carrer, pisos i locals.
- Les interrupcions voluntàries de l'embaràs realitzades a Catalunya i notificades per centres col·laboradors homologats pel Departament de Salut.

c) Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH mitjan-

çant la recollida d'informació sistemàtica

Aquesta categoria inclou els sistemes d'informació que disposen sistemàticament de dades sobre el VIH en determinades poblacions. La realització de les proves de detecció d'anticossos contra el VIH és voluntària (excepte per a les donacions sanguínies) i confidencial. Les poblacions estudiades inclouen:

- Totes les donacions sanguínies realitzades a Catalunya.
- Els UDVP quan inicien el tractament relatiu a la drogoaddicció als centres de la Xarxa d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències.
- Els interns penats de 3 centres penitenciaris.

A la **Taula 2.1.1** es mostren els resultats globals de la prevalença de la infecció segons els diferents estudis esmentats i si representen població general o poblacions especialment vulnerables, mentre que a la **Figura 2.2.1** es mostren les tendències de la prevalença de la infecció pel VIH en aquestes poblacions. En els estudis de prevalença de la infecció pel VIH mitjançant cribratge anònim no relacionat o estudis transversals voluntaris s'han utilitzat els algorismes que l'OMS/ONUSIDA recomana per a la determinació d'anticossos en aquests tipus d'estudis [10].

La **Figura 2.2.1** mostra un lleuger increment de la taxa de prevalença en les donacions sanguínies en el darrer any, després que s'haguessin mostrat estables entre 5 i 7 per 100.000 do-

Taula 2.1.1. Resum dels projectes de vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH en poblacions sentinella a Catalunya.

Població	Any d'inici	Periodicitat	Mostra biològica	Últimes dades disponibles	Volum poblacional	Prevalença (%)
Població general						
Nadons (dones embarassades)	1994	Anual	Sang seca	2006	43.301	0,14
Dones que interrompen voluntàriament l'embaràs	1999	Anual	Sang seca	2006	3.891	0,10
Treballadors durant la revisió mèdica laboral	1999	Anual	Sèrum	2006	2.493	0,08
Donants de sang	1987	Anual	Sèrum	2005	260.608	0,01
Poblacions d'alt risc						
UDVP reclutats al carrer	1993	Cada dos anys	Saliva	2006	296	28,10
UDVP que inicien tractament	1996	Anual	Sèrum	2006	779	32,60
Homes que tenen relacions sexuals amb altres homes	1995	Cada dos anys	Saliva	2006	868	19,80
Dones treballadores del sexe	2006	Cada dos anys		2006	400	1,80
Població penitenciària	1995	Anual	Sèrum	2006	4.468	20,64
Pacients amb tuberculosi	1998	Anual	Sang seca	2006	60	23,33

nacions en els anys anteriors. També sembla observar-se una certa tendència a l'increment de la seroprevalença en els dos darrers anys en els estudis amb població treballadora.

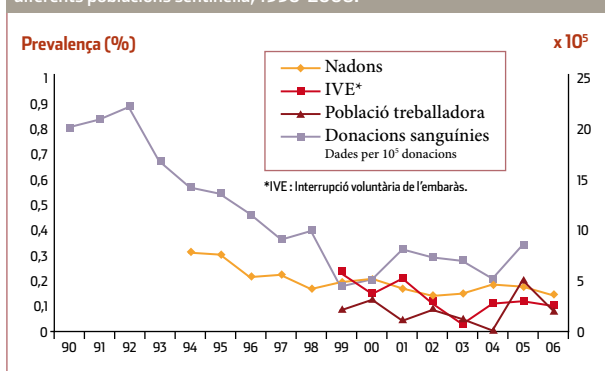
Per contra, en el cas de les interrupcions voluntàries de l'embaràs, tot i els biaixos de selecció i participació derivats del caràcter voluntari de la inclusió de les dones a aquest estudi, s'observa una estabilització de la seroprevalença, després del descens experimentat en els darrers anys. Pel que fa a les dades provinents del

cribratge anònim no relacionat entre els nadons de Catalunya, amb una seroprevalença global l'any 2006 del 0,17% la regió sanitària amb la prevalença d'infecció més elevada és la de Girona (amb un 0,23%) segons les darreres dades existents (Taula 2.2.1). Cal dir, però, que amb l'entrada en vigor de les noves regions sanitàries, hi ha una gran variabilitat en la mida de la mostra obtinguda entre regions. La regió de Barcelona representa el 67% de les mostres analitzades, mentre regions com l'Alt Pirineu i Aran o les Terres de l'Ebre només repre-

senten respectivament l'1 i el 2% de les mateixes. Per tant, les diferències geogràfiques observades no són estadísticament significatives. Globalment, gairebé 2 de cada mil embarassades a terme de Catalunya estan infectades pel VIH.

La seroprevalença a l'estudi HIV-NADO, sembla mantenir una tendència a l'alça en els darrers temps en els grups d'edat que comprenen les dones entre els 25 i els 34 anys. Aquesta dada podria ser reflex tant d'un increment real en la prevalença

Figura 2.2.1. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH a Catalunya en diferents poblacions sentinella, 1990-2006.



Taula 2.2.1. Prevalença d'infecció pel VIH en dones embarassades (HIVNADO) a Catalunya, 2005.

	2005				
	Nadons analitzats	VIH+	Preval. %	IC 95%	
Barcelona	28.737	55	0,19	0,15	0,25
Catalunya Central	2.790	1	0,04	0,00	0,18
Girona	3.924	9	0,23	0,11	0,42
Lleida, Alt Pirineu i Aran	2.155	4	0,19	0,05	0,47
Tarragona i Terres de l'Ebre	3.485	3	0,11	0,04	0,26
Total	42.076	74	0,18	0,13	0,24

Figura 2.2.2. Evolució de les seroprevalències per grups d'edat de les mares (estudi HIVNADO), 1994-2006.

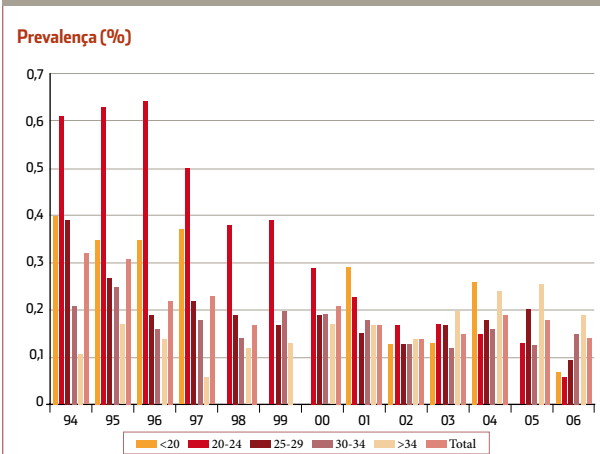
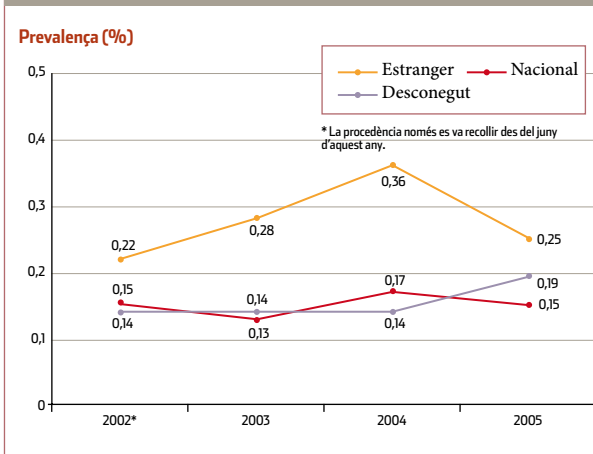


Figura 2.2.3. Evolució de les seroprevalències segons país d'origen de les mares (estudi HIVNADO), 2002*-2005.



de la infecció pel VIH en determinats grups de població, com d'un increment en el desig de tenir fills en les dones infectades pel VIH, ja que des de la introducció dels tractaments antiretrovirals de gran activitat (TARGA) que s'han mostrat efectius tant en la millora del seu estat de salut i el pronòstic de la seva infecció, com posteriorment en la prevenció de la transmissió vertical (TV) del VIH, la seva situació i expectatives han canviat completament. (Figura 2.2.2).

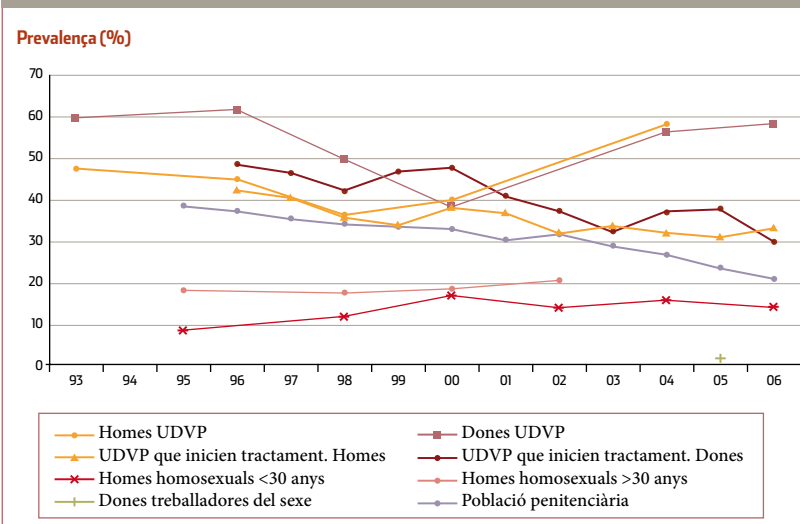
Des del juny de 2002 s'obté el país d'origen de les dones participants en aquest estudi. En aquest període s'han observat diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$) en la seroprevalença d'anticossos contra el VIH entre les dones nascudes a l'Estat espanyol i les dones nascudes fora. A la Figura 2.2.3 s'observen les diferències i tendències de les seroprevalències segons l'origen de les dones als anys disponibles.

La prevalença d'infecció pel VIH a partir de les mostres de saliva recollides en injectors reclutats al carrer,

independentment de si es troben o no en tractament (vegeu l'apartat 2.2), és superior que la observada en anteriors mesures (58,1%), encara que la tendència no és estadísticament significativa (Figura 2.2.4). Analitzant la situació actual del consum de drogues sembla, doncs, que degut a la metodologia utilitzada cada vegada es va seleccionant una població d'injectors amb més anys de consum i més

deteriorats, doncs solen ser els més visibles en aquestes zones. Aquest fet fa que la prevalença del VIH pugui estar sobreestimada, donat que reflecteix en la majoria dels casos l'antiga epidèmia d'infecció pel VIH. De fet, la prevalença en injectors reclutats en centres de la Xarxa d'Atenció i Seguitment de les Drogodependències és inferior (32,6%), i mostra una tendència decreixent durant el període

Figura 2.2.4. Evolució de la prevalença de VIH en poblacions sentinella, població d'alt risc. Catalunya, 1993-2006.



1996-2006, tendència observada en altres estudis nacionals [11].

D'altra banda, els estudis transversals en homes que tenen sexe amb homes reclutats al carrer (**vegeu l'apartat 2.1**) mostren globalment una tendència significativa a l'augment ($p < 0,01$). A la **Figura 2.2.4** es pot observar que aquesta tendència a l'augment es produeix clarament en el grup d'homes de 30 o més anys d'edat, ja que la prevalença en menors de 30 anys no mostra diferències significatives.

Finalment, s'observa una baixa prevalença de VIH (1,8%) en dones que exerceixen el treball sexual reclutades a Catalunya. No obstant, si tenim en compte el país d'origen de les dones, la prevalença es significativament major entre les espanyoles (9,3% en espanyoles i 0,8% en immigrants), resultat consistent amb altres estudis on es relaciona amb una major freqüència l'ús de drogues injectades en aquest grup d'espanyoles [12].

➤ El nombre estimat de persones vives infectades pel VIH a Catalunya l'any 2006 era de 32.932. Tal com ve observant-se des de 2001, això suposa un increment lleuger, si bé no significatiu, respecte a les estimacions anteriors.

➤ Tot i això, en poblacions concretes i en alguns grups d'edat, com les dones embarassades entre 25 i 34 anys, i els homes que tenen sexe amb homes reclutats al carrer i majors de 30 anys, s'han observat tendències a l'alça, que en el darrer cas són clarament significatives.

➤ S'estima que actualment hi ha a Catalunya unes 4.000 dones infectades en edat fèrtil, i almenys el 20% han nascut fora de l'Estat espanyol. En aquestes darreres, la prevalença observada és significativament superior a les dones d'origen espanyol. Cal reforçar les mesures que garanteixin l'accés als serveis sanitaris per a un bon control prenatal en aquest col·lectiu, per a prevenir la transmissió vertical del VIH.

➤ Tot i l'estabilització o disminució en la prevalença del VIH observada en UDVP, alguns estudis recents de seroconversió al VIH mostren que aquests continuen infectant-se a un ritme important (4,5 per 100 persones-any) [11]. Cal continuar amb les intervencions preventives dirigides al col·lectiu d'UDVP per prevenir la transmissió parenteral, però també sexual, del VIH.

➤ L'increment observat en la prevalença d'infecció pel VIH juntament amb l'elevada freqüència de pràctiques sexuals de risc del col·lectiu d'UDVP [12] suggereixen que la transmissió sexual del VIH en aquest col·lectiu pot ser rellevant.

➤ Les prevalences observades en els successius talls transversals en homes que tenen sexe amb homes reclutats al carrer mostren una tendència ascendent estadísticament significativa en determinats sectors d'edat, si bé no és significativa en el seu conjunt. Caldrà doncs mantenir l'atenció a l'evolució d'aquest paràmetre.

➤ S'observa una baixa prevalença del VIH en dones treballadores del sexe (TS). No obstant, seguir monitorant la prevalença del VIH serà important en un col·lectiu que presenta una elevada mobilitat i vulnerabilitat al VIH.

Bibliografia

[1] Almeda J, Romaguera A, Esteve A, Pérez K, Casado MJ, Casabona J. Estimación de la prevalencia global de la infección por HIV en Cataluña a partir de poblaciones centinela. [abstract]. VI Congreso Nacional sobre el Sida. València, 3-6 abril 2001.

[2] *Demografía y población: estimaciones intercensales de la población* [en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2008. [Consulta: 21 maig 2008]. Disponible a: <http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm>.

[3] *Proyecciones de población calculadas a partir del censo de 1991: evaluación y revisión* [en línea]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2008. [Consulta: 21 maig 2008]. Disponible a: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp251%2Fa2001%2F&file=pcaxis&L=&divi=&his=>>>

[4] CHAPS Strategy Development Group. *Making data count: findings from the National Gay Men's Sex Survey 1997*. London: Terrence Higgins Trust, 1998.

[5] Brugal MT, Domingo-Salvany A, Maguire A, Caylà JA, Villalbí JR, Hartnoll R. A small area analysis estimating the prevalence of addiction to opioids in Barcelona, 1993. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(8):488-94.

[6] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe* [en línea]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007. [Consulta: 21 maig 2008]. Disponible a: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/indexEN.html>>.

[7] Solís I, Muñoz E, Ramos JT, González-Tomé MI, Rojano X, Almeda J. Características maternas en una cohorte de gestantes con infección

por el VIH-1. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(4):121-5.

[8] Noguera A, Masip J; Grup d'Estudi NENEXP. La transmissió vertical del virus de la immunodeficiència humana (VIH) a Catalunya: estudi prospectiu multicèntric de 8 anys. XV Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria. Berga (Barcelona), 17 i 18 maig 2008.

[9] Almeda J, Romaguera A, Esteve A, Pérez K, Casado MJ, Casabona J. Estimación de la prevalencia global de infección por VIH en Cataluña, a partir de poblaciones centinela [abstract]. *Pub Of SEISIDA*. 2001;12(Supl 1):56.

[10] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)-WHO: Revised recommendations for the selection and use of HIV antibody tests. *Wkly Epidemiol Rec*. 1997;72(12):81-7.

[11] *Infección por VIH y Sida en España: Plan Multisectorial 2001-2005. Indicadores*. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, novembre 2003.

[12] Vallejo F, Toro C, Brugal MT, de la Fuente, Soriano V, Jiménez R, Ballesta R, Bravo MJ. Muy alta incidencia de VIH y VHC en jóvenes consumidores de heroína. 2006. XXIV Reunión Científica Anual de la Sociedad Española de Epidemiología. Logroño, 3 octubre 2006.

L'any 1993, el monitoratge de les conductes relacionades amb la transmissió del VIH/ITS es va introduir com part del sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/ITS de Catalunya. Fins l'actualitat, s'han dut a terme estudis transversals biennals en homes que tenen relacions sexuals amb altres homes (HSH), en usuaris de droga per via parenteral (UDVP) reclutats al carrer i, des de l'any 2005, en dones treballadores del sexe (TS).

3.1. Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH i de les conductes associades a la seva transmissió en els homes que tenen relacions sexuals amb homes

Des de 1993, i amb una periodicitat biennal, s'han dut a terme set estudis transversals amb la participació d'una organització comunitària d'homes homosexuals (Associació Stop Sida). La mesura més recent s'ha realitzat durant els mesos d'octubre, novembre i desembre de 2006. Igual que en anteriors mesures, s'ha triat una mostra de conveniència d'homes que tenen relacions sexuals amb d'altres homes (HSH) reclutats a diferents locals d'ambient gai (saunes, sex-shops i bars) i a un parc públic de la ciutat de Barcelona i a partir del llistat de membres d'una organització comunitària d'homosexuals de Catalunya.

Des de 1995 s'ha utilitzat un qüestionari adaptat i validat per l'Institut Universitari de Medicina Preventiva i Social de Lausane on es pregunta so-

Taula 3.1.1. Característiques socio-demogràfiques i realització del test diagnòstic del VIH en HSH, 1995-2006.

	1995	1998	2000	2002	2004	2006
	N=741	N=713	N=828	N=640	N=728	N=868
	%	%	%	%	%	%
Mitjana d'edat [DE] **	33,7 [8,7]	34,8 [8,7]	36,1 [8,7]	37,4 [9,3]	38,6 [9,7]	41,2 [9,9]
Nivell educatiu						
Bàsic	15,8	14,7	11,7	15,1	14,8	12,9
Mitjà *	39,8	37,6	39,4	37,1	34,9	33,5
Universitari *	44,3	47,7	48,9	47,9	50,3	53,5
Situació laboral						
Treballa *	83,1	71,2	76,1	73,8	85,1	85,4
Atur *	8,0	4,4	3,5	5,2	3,9	4,1
Estudiant *	8,8	6,3	6,3	4,3	3,8	1,5
Altres *	—	16,9	14,2	16,7	7,1	9,0
Residència						
Barcelona	67,0	71,0	69,5	70,9	68,9	73,9
Orientació sexual						
Homosexual	—	—	—	—	88,8	89,0
Bisexual	—	—	—	—	8,3	8,5
Altres	—	—	—	—	2,9	2,5
Test del VIH previ						
Un	26,2	24,5	24,6	25,1	22,8	22,7
Més d'un *	40,9	50,9	53,4	57,6	58,2	63,9
Mai *	32,9	24,5	22,0	17,4	19,0	13,4
Prevalença del VIH autodeclarada	16,4	16,6	18,8	17,1	17,3	19,7
Prevalença del VIH en mostres de fluid oral *	14,2	15,5	17,9	18,3	24,0	19,8

* χ^2 trend significatiu; ** ANOVA significatiu ($p < 0,05$).

bre els comportaments dels 12 mesos previs a la realització de l'estudi [1].

Uns 2.735 qüestionaris anònims i auto-administrables han estat distribuïts per quatre educadors sanitaris i aproximadament uns altres 1.166 s'han enviat per correu a tots els membres d'una organització comunitària d'homosexuals. Els qüestionaris emplenats s'han retornat per mitjà del correu postal. Per estimar la prevalença d'infecció pel VIH, s'han analitzat 323 mostres de fluid oral que permeten determinar la presència d'anticossos contra el VIH [2].

La taxa de retorn a la mesura del 2006 ha estat del 22,5% i l'edat mitjana de 41 anys, mostrant una tendència creixent des de 1995. Com en anys anteriors, la majoria dels participants tenen un nivell educatiu alt (53,5% són diplomats o llicenciats universitaris), viuen a Barcelona (73,9%) i declaren tenir una ocupació laboral ja sigui fixa, temporal o com autònoms (85,4%). La majoria dels homes defineixen la seva orientació sexual com a homosexual (89%) (Taula 3.1.1). Respecte el país d'origen, un 20,4% dels entrevistats al 2006 procedeixen

Taula 3.1.2. Comportament sexual en HSH (12 mesos previs), 1995-2006.

	1995	1998	2000	2002	2004	2006
	N=741	N=713	N=828	N=640	N=728	N=868
	%	%	%	%	%	%
Mitjana d'edat d'inici sexe amb homes [DE]	17,8 [5,3]	17,7 [5,5]	17,9 [5,2]	18 [5,7]	18,3 [5,6]	18,3 [5,8]
Més de 10 parelles sexuals masculines *	45,2	54,2	57,9	55,7	62,7	62,8
Parella sexual estable *	63,7	65,4	63,8	57,9	56,5	55,4
Parella sexual ocasional *	85,2	87,4	89,9	90,1	91,4	91,7
Ha pagat per sexe	14,5	13,2	13,4	14,6	13,3	15,5
Ha cobrat per sexe	5,4	2,9	4,0	7,7	5,6	4,0

* χ^2 trend significatiu.

d'altres països, majoritàriament de Llatinoamèrica (11,6%). D'aquests, aproximadament la meitat fa més de 5 anys que resideixen a l'Estat espanyol (48,6%).

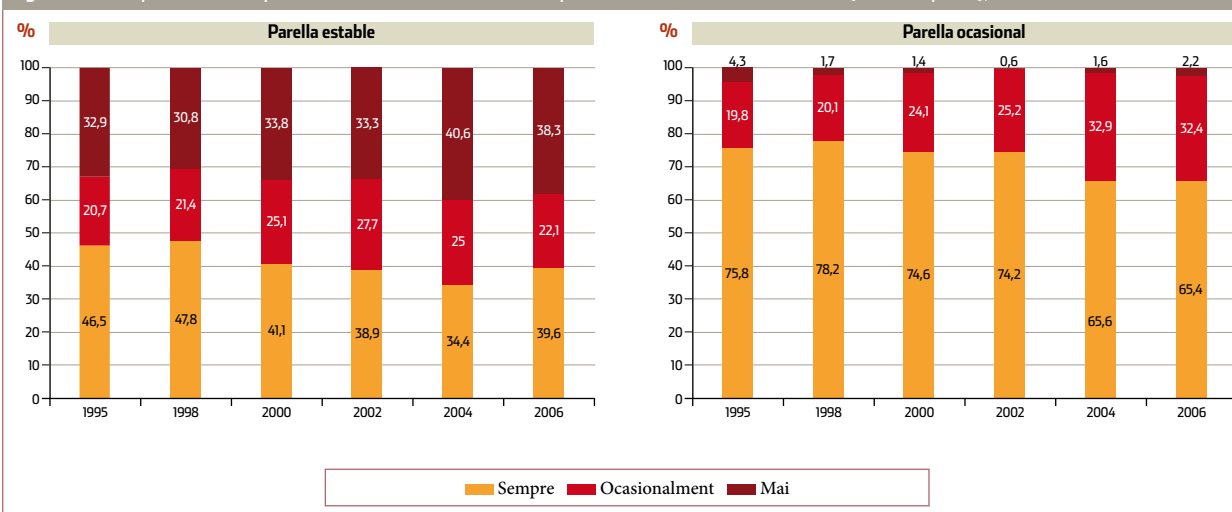
El percentatge d'homes que s'han realitzat en alguna ocasió la prova de detecció d'anticossos contra el VIH mostra una tendència creixent en els successius estudis (86,6% al 2006), així com la proporció d'homes que s'han fet la prova en més d'una ocasió (63,9% al 2006). La prevalença autodeclarada d'infecció

pel VIH pels qui s'han fet la prova és del 19,7%, similar a la d'anteriors mesures. Per contra, la prevalença de la infecció pel VIH obtinguda a partir de les mostres de fluid oral mostra una tendència creixent significativa durant el període 1995-2006 (de 14,2% al 1995 a 19,8% al 2006) (Taula 3.1.1).

L'edat mitjana d'inici de relacions sexuals amb homes es troba al voltant dels 18 anys en les diferents mesures. Més de la meitat dels entrevistats al 2006 ha tingut més de 10 parelles

sexuals masculines en els últims 12 mesos (62,8%), observant un increment significatiu durant el període 1995-2006. La proporció d'homes que han tingut relacions sexuals amb parelles estables mostra una tendència decreixent (de 63,7% al 1995 a 55,4% al 2006) i amb parelles ocasionals mostra una tendència creixent (de 85,2% al 1995 a 91,7% al 2006). El percentatge d'homes que ha pagat diners a canvi de relacions sexuals durant l'últim any és major que el percentatge que els han cobrat (15,5% i 4%, respectivament), essent

Figura 3.1.1. Freqüència d'ús del preservatiu en les relacions anals amb parelles estables i ocasionals en HSH (12 mesos previs), 1995-2006.



aquests percentatges similars als de les anteriors mesures (**Taula 3.1.2**).

La penetració anal amb la parella estable és practicada pel 91% dels homes i amb la parella ocasional pel 90,7%, observant una tendència creixent en ambdós casos des de 1995. Com en anys anteriors, la majoria d'homes practica el sexe oral amb les parelles estables i ocasionals: 97,5 i 97,3%, respectivament.

Respecte a la utilització del preservatiu, el 39,6% dels homes enquestats al 2006 que han practicat la penetració anal amb una parella estable han utilitzat sempre el preservatiu. Amb les parelles ocasionals l'ús consistent del preservatiu és major que amb les parelles estables (65,4%). La pràctica de la penetració anal no protegida (PANP), és a dir, ús del preservatiu ocasionalment o mai, mostra una tendència creixent significativa en els successius estudis tant amb les parelles estables (de 53,5% al 1995 a 60,4% al 2006) com amb les parelles

ocasionals (de 24,2% al 1995 a 34,6% al 2006) (**Figura 3.1.1**).

La PANP amb la parella estable varia en funció del seroestatus de la parella. És una pràctica freqüent entre les parelles concordants negatives (69,5%), i en les parelles concordants positives o en les que un d'ells o tots dos desconeixen el seu seroestatus (68 i 57,5% respectivament). Cal destacar que un 41,1% de les parelles discordants també han practicat la PANP en els últims 12 mesos.

En els successius estudis, s'observa un increment significatiu en el consum d'alcohol i drogues abans o durant les relacions sexuals dels últims 12 mesos. Com en la resta d'anys, les drogues més consumides han estat els nitrats inhalats o *poppers* (40,8%), el haixix (26%) i la cocaïna (18,8%). Els consums de Viagra i cardamina han estat de 13,2% i 5%, respectivament (**Figura 3.1.2**).

Un 63,9% dels entrevistats l'any 2006 han declarat haver tingut en alguna

ocasió una infecció de transmissió sexual (ITS). La proporció d'homes que han estat diagnosticats de sífilis i/o gonorrea en els darrers 12 mesos mostra un increment significatiu en els successius estudis (3,2% i 4,7% al 2006, respectivament) (**Figura 3.1.3**).

Respecte la teràpia antiretroviral (ARV), es mantenen encara alguns coneixements erronis en la mesura de 2006. Així, un 13,1% creu que degut als ARV "un seropositiu pot no transmetre la infecció" i un 11,4% que "els seropositius amb carrega viral indetectable no poden transmetre el virus". A més, un 16% afirma que "presta menys atenció a la prevenció" i un 12,6% que "es preocupa menys si ha tingut conductes de risc". Tots aquests percentatges mostren una tendència creixent significativa durant el període 1998-2006.

Més de la meitat (53,4%) dels participants han sentit a parlar de la profilaxi postexposició (PEP) i un 22,7% n'ha sentit a parlar i està ben

Figura 3.1.2. Prevalença d'ús de drogues abans o durant les relacions sexuals en HSH (12 mesos previs), 1995-2006.

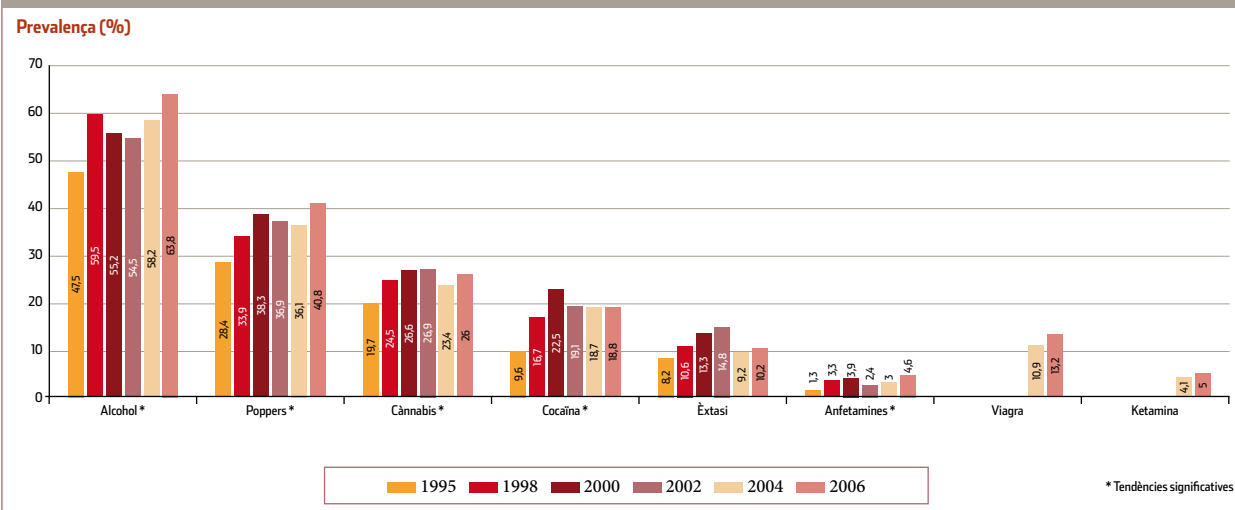
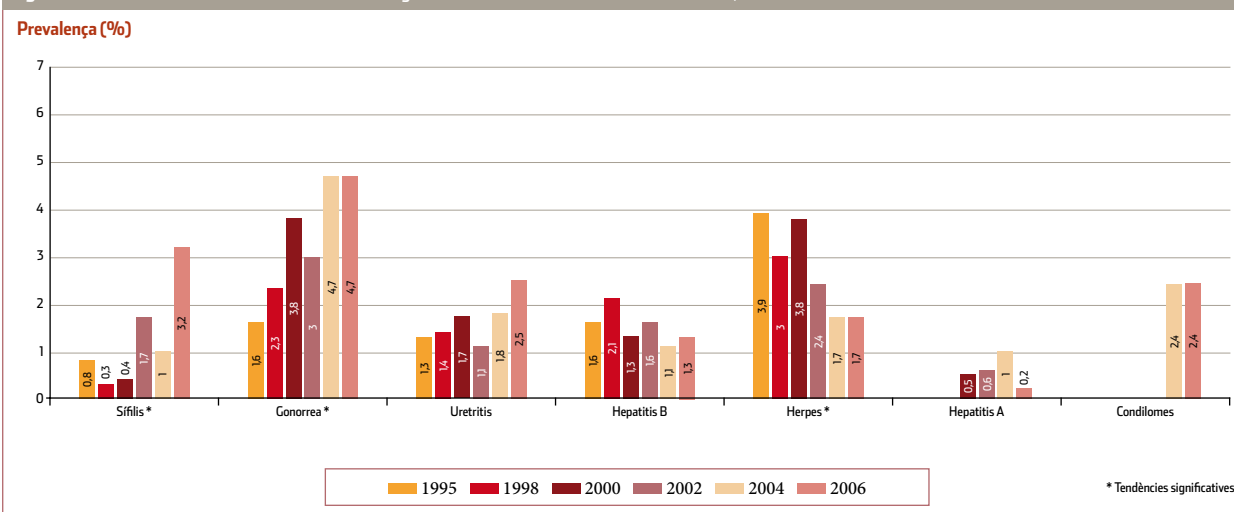


Figura 3.1.3. Infeccions de transmissió sexuals diagnosticades en els últims 12 mesos en HSH, 1995-2006.



informat, mostrant un increment significatiu des de l'any 2000. Un 6,5% d'homes entrevistats al 2006 adoptaria conductes de més risc amb bastant o molta probabilitat si pogués disposar de la PEP i un 49,8% sol·licitarien la PEP en cas de tenir una relació sexual de risc.

Com és una mostra no probabilística, els resultats de l'estudi no es poden generalitzar al total d'HSH de Catalunya. No obstant, s'han intentat diversificar al màxim els llocs i els dies de captació dels participants per tal de minimitzar aquest biaix. Altres limitacions de l'estudi són la baixa taxa de retorn dels qüestionaris i els possibles biaixos de memòria i de subnotificació de les pràctiques de risc o del resultat autoinformat de la infecció pel VIH. El fet de que el qüestionari sigui autocomplimentat i sense cap dada identificativa pot haver contribuït a disminuir aquest tipus de biaix.

➤ Com en d'altres països europeus [3], s'observa un increment en la prevalença d'infecció pel VIH (19,8% al 2006), ITS (3,2% i 4,7% han patit sífilis i/o gonorrèa en el darrer any), així com de les conductes sexuals de risc en HSH reclutats a Catalunya.

➤ El col·lectiu d'immigrants (20,4%) pot presentar una major vulnerabilitat al VIH/ITS degut a la doble discriminació que presenten per la seva orientació sexual i pel seu origen, dificultant en molts casos l'adopció de pràctiques segures [4]. Un aspecte clau a tenir en compte serà l'adaptació de les intervencions preventives a la realitat sociocultural dels immigrants.

➤ Es manté una elevada prevalença de pràctiques sexuals desprotegides entre parelles estables serodiscordants (41,1%) i seroconcordants positives (68%), fent necessari reforçar la prevenció en les persones diagnosticades de VIH i les seves parelles sexuals, no sols per disminuir la transmissió del VIH sinó també per evitar reinfeccions i/o l'adquisició d'altres ITS.

➤ Encara un 13,1% dels HSH enquestats creu que degut als ARV "un seropositiu pot no transmetre la infecció" i un 11,4% que "els seropositius amb càrrega viral indetectable no poden transmetre el virus". S'ha de continuar treballant per tal de disminuir els coneixements erronis relacionats amb la teràpia antiretroviral i abordar temes com ara la transmissibilitat i càrrega viral en els programes i intervencions preventives dirigides al col·lectiu.

➤ L'increment en la prevalença d'ús de drogues abans o durant les relacions sexuals entre els HSH com per l'exemple l'ús de *popper* (de 28,4% al 1995 a 40,8% al 2006), juntament amb la clara associació observada en diferents estudis entre l'ús de drogues i les conductes sexuals de risc [5-6] plantegen la necessitat d'intensificar les intervencions per prevenir la combinació "drogues - relacions sexuals" i així ajudar a prevenir la disseminació del VIH/ITS.

3.2. Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH i de les conductes associades a la seva transmissió en els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) reclutats al carrer

Des de 1993 i biennalment s'han dut a terme set mesures transversals per monitorar l'evolució de la prevalença d'infecció pel VIH i els comportaments sexuals i d'ús de drogues entre les persones que s'injecten drogues. La mesura més recent s'ha realitzat durant el 2006 i, igual que el 2004, s'han inclòs injectors independentment de si estaven o no en tractament per a la seva drogodependència. A diferència d'anys anteriors, els injectors s'han reclutat al llarg del territori català mitjan-

çant mètodes no probabilístics com la *Captació directa per informants clau* (consumidors, voluntaris associacions, treballadors, etc) i la *nominació per part dels entrevistats*. A partir de l'estudi de prospecció realitzat es va estimar el volum aproximat de població injectora dins i fora de la província de Barcelona i es va decidir reclutar un 64% de la mostra a BCN i un 36% a la resta de províncies catalanes. Per l'estudi dels comportaments s'ha utilitzat un qüestionari administrat per entrevistador, estandarditzat i anònim, desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut [7]. A més, per estimar la prevalença d'infecció pel VIH i per l'Hepatitis C (VHC) s'han recollit mostres de fluid oral per a la determinació d'anticossos del VIH i del VHC, respectivament [2] [8].

En aquest capítol es descriuen les tendències dels principals indicadors recollits durant el període 1993-2006. Les tendències lineals en les proporcions i l'edat es varen analitzar mitjançant la prova de Mantel-Haenszel extesa i models ANOVA amb contrastos polinomials, respectivament. En ambdós casos els models es varen ajustar per la variable que mesurava si l'usuari estava o no en tractament per la seva drogoadicció.

Al 2006 s'han entrevistat 296 injectors actuals de drogues (últims 6 mesos) en les 4 províncies catalanes (193 a Barcelona, 42 a Tarragona, 33 a Girona i 28 a Lleida). Com en anteriors mesures, aproximadament tres quartes parts dels entrevistats són homes (78%) i l'edat mitjana ha estat de 32 anys, mostrant una tendència creixent des de 1993 (**taula 3.2.1**).

Gairebé la meitat de persones entrevistades al 2006 estan a l'atur (49,6%), mostrant aquest percentatge una tendència decreixent en els successius estudis. En canvi, els percentatges que declaren tenir un treball remunerat o una pensió per invalidesa o jubilació mostren tendències creixents (25% i 17,2% al 2006, respectivament). El percentatge d'injectors que declara viure sense sostre ha incrementat significativament de 2% al 1993 a 21,3% al 2006. La proporció que al 2006 ha rebut tractament alguna vegada per a la seva drogodependència és de 91,2% i més de la meitat (64,2%) han estat a la presó en alguna ocasió des de que s'injecten drogues (**Taula 3.2.1**).

La proporció d'injectors que s'han fet en alguna ocasió el test de detecció d'anticossos contra el VIH ha incrementat en els successius estudis (94,6% al 2006) i la prevalença de VIH autodeclarada és de 44,6%. Encara que la prevalença de VIH obtinguda a partir de les mostres de fluid oral és superior que la d'anys anteriors (58,1%), la tendència no és estadísticament significativa. Dels infectats, un 29,1% no coneixien el seu seroestatut en el moment de realitzar l'entrevista. Una menor proporció que en les anteriors mesures dels que s'han fet les proves de detecció d'anticossos contra el VHC i coneixen el seu estat serològic s'autodeclara seropositiu (78,6%), proporció similar a l'obtinguda a partir de les mostres de fluid oral (80,1%) (**Taula 3.2.1**).

Un 62,4% dels participants declaren que s'injecten drogues il·legals des de fa 10 anys o més, percentatge que ha anat incrementant durant el

període 1993-2006. Al 2006, la droga injectada amb més freqüència és la cocaïna (77,6%), mostrant una tendència creixent des de 1993. En canvi, el consum d'heroïna ha anat disminuint de 99,5% al 1993 a 66,8% al 2006 (**Taula 3.2.2**).

Aproximadament la meitat dels injectors tenen relacions sexuals amb parelles estables (50,7%) i un 28,4% amb ocasionals. Com en anteriors estudis, una proporció important de les parelles estables dels injectors són també usuàries de drogues (48,6%

al 2006). La proporció de dones que declara haver tingut relacions sexuals amb un home a canvi de diners o drogues en els últims 6 mesos ha estat del 26,3%, similar a les anteriors mesures (**Taula 3.2.2**). A la mesura de 2006, 5 homes van declarar haver

Taula 3.2.1. Característiques socials i demogràfiques i realització del test del VIH i del VHC en UDVP, 1993-2006.

	1993	1996	1998	2000	2002	2004	2006
	N=200	N=300	N=214	N=300	N=300	N=300	N=296
	%	%	%	%	%	%	%
Homes	71,5	69,5	73,8	70,0	70,0	70,3	78,0
Mitjana d'edat [DE] *	29,6 [5,9]	27,6 [4,9]	26,9 [4,4]	27,7 [3,7]	29,5 [4,7]	30,2 [5,1]	32,6 [5,5]
Situació laboral (últims 6 mesos)							
Treball remunerat *	–	18,5	22,4	29,6	23,3	22,4	25,0
Atur *	–	73,8	72,4	57,6	39,0	40,2	49,6
Jubilació o pensió *	–	7,0	4,2	11,6	35,3	32,8	17,2
Altres situació *	–	0,7	1,0	1,2	2,4	4,6	8,2
Sense sostre (últims 6 mesos) *	2,0	10,0	13,1	11,7	17,3	18,7	21,3
Alguna vegada a la presó	67,5	56,0	52,3	44,3	56,3	54	64,2
Alguna vegada en tractament *	75,5	79,7	73,4	85,3	76,7	80,0	91,2
Test VIH alguna vegada *	79,0	95,0	92,6	94,9	82,7	82,0	94,6
Prevalença de VIH autodeclarada *	54,6	45,1	30,9	34,6	no disponible	56,9	44,6
Prevalença de VIH en saliva	51,0	50,0	39,7	39,3	no disponible	57,7	58,1
Prevalença de VHC autodeclarada */**	–	–	–	82,3	88,3	82,1	78,6
Prevalença de VHC en saliva	–	–	–	–	–	78,7	80,1

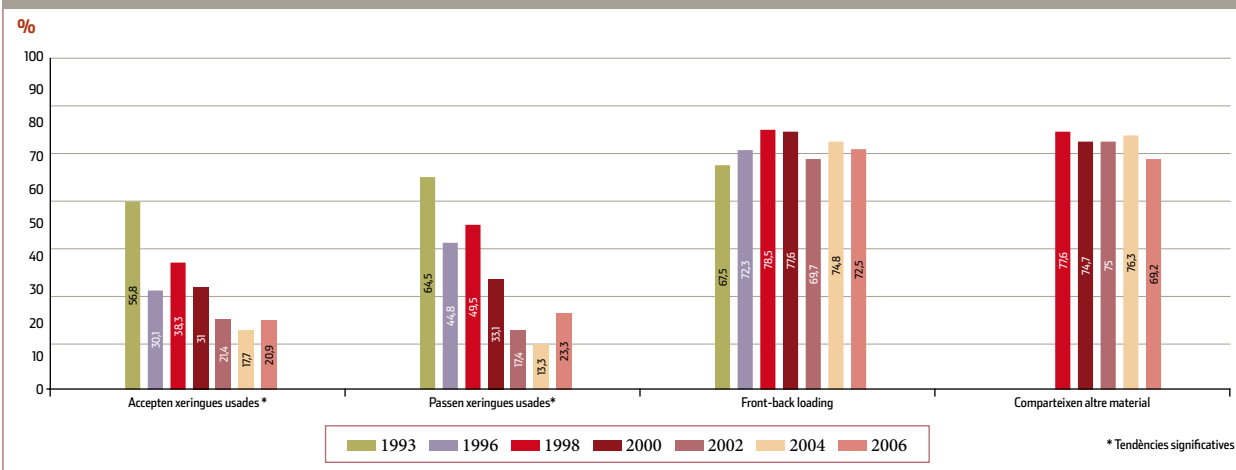
* Test de tendències significatiu. / ** Base: 267, 230, 237 i 265 UDVP que s'han realitzat el test i declaren el resultat.

Taula 3.2.2. Ús de drogues i comportament sexual de UDVP, en els últims 6 mesos, 1993-2006.

	1993	1996	1998	2000	2002	2004	2006
	N=200	N=300	N=214	N=300	N=300	N=300	N=296
	%	%	%	%	%	%	%
10 anys o més d'injecció *	47,5	42,7	39,9	41,3	64,3	61,7	62,4
Drogues injectades							
heroïna *	99,5	99,3	98,1	95,6	95,0	64,7	66,8
cocaïna *	46,2	61,5	77,0	74,0	69,7	79,9	77,6
speedball (heroïna + cocaïna) *	44,7	44,8	69,6	72,6	75,7	63,9	68
Parella sexual estable *	51,6	69,0	71,7	64,2	47,3	43,7	50,7
Parella sexual estable injectora **	62,3	48,9	50,9	54,7	65,0	54,6	48,6
Parella sexual ocasional *	46,5	44,7	32,7	47,4	47,1	26,0	28,4
Clients (dones)	44,9	45,2	54,7	34,5	61,3	41,4	26,3

* Test de tendències significatiu / ** Base: 80, 176, 114, 149, 105, 131 i 150 UDVP amb parella estable.

Figura 3.2.1. Freqüència de compartir material per a la injecció intravenosa de drogues, directa o indirecta, en UDVP (darrers 6 mesos), 1993-2006.



tingut relacions sexuals a canvi de diners o drogues (2,2%).

Respecte a les conductes de risc relacionades amb la injecció de drogues, la prevalença d'acceptar o passar xeringues en els últims 6 mesos mostra una tendència decreixent en els successius estudis (20,9% i 23,3% al 2006, respectivament). La pràctica de donar o rebre droga dissolta en una altra xeringa de vegades prèviament usada (*front/back loading*), es manté

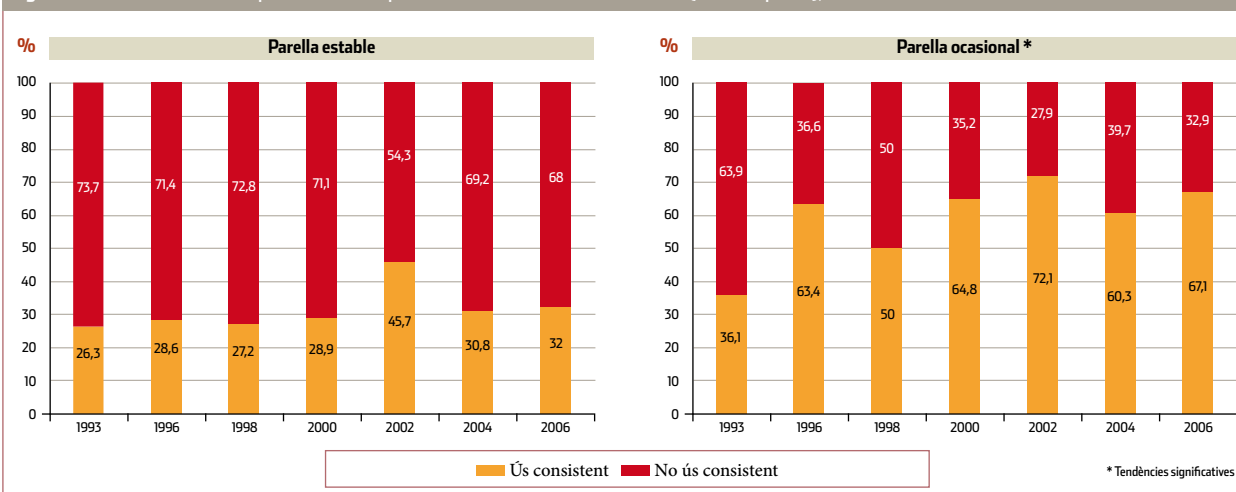
encara molt elevada en la mesura de 2006 (72,5%), així com el compartir altre material d'injecció com la cullera, el filtre o l'aigua per preparar la dosi (69,2%) (Figura 3.2.1).

A la mesura de 2006 un 68% dels entrevistats no han usat sempre el preservatiu en les relacions sexuals amb la parella estable, percentatge similar al de les anteriors mesures. Tot i que l'ús consistent del preservatiu en les relacions sexuals amb parelles oca-

sionals mostra una tendència creixent al llarg del període 1993-2006, encara un 32,9% dels entrevistats al 2006 ha tingut relacions sexuals no protegides amb parelles ocasionals en els últims 6 mesos (Figura 3.2.2).

Entre les limitacions de l'estudi destaca el no poder generalitzar els resultats al conjunt d'injectors de Catalunya, donat que la mostra no es probabilística. A més, analitzant la situació actual del consum de

Figura 3.2.2. Ús consistent del preservatiu amb parelles estables i ocasionals de UDVP (6 mesos previs), 1993-2006.



drogues, és probable que cada vegada es contacti amb els injectors més visibles, amb més anys de consum i pitjor estat de salut, sobreestimant així la prevalença de la infecció pel VIH. Per això, de cara al proper tall transversal s'intentarà millorar la representativitat de la mostra diversificant els llocs i la metodologia de captació dels participants i incrementant la mida mostral. Finalment, altres limitacions de l'estudi són els possibles biaixos de memòria i de subnotificació de les pràctiques de risc autodeclarades.

➤ La prevalença d'infecció pel VIH es manté molt elevada (58,1%), doncs en la majoria dels casos aquest fet reflecteix l'antiga epidèmia, i aproximadament una quarta part dels infectats desconeix el seu seroestatus enfront el VIH. Cal promoure el diagnòstic precoç del VIH en aquesta població per poder accedir a un tractament eficaç que millori la seva qualitat de vida i adoptar les mesures preventives necessàries per evitar la reinfecció i la transmissió del VIH.

➤ La prevalença d'infecció pel VHC es manté elevada (70,1%) fent necessari també tractar i incloure aquesta infecció en els missatges de prevenció [9].

➤ Es manté en els successius estudis una disminució de la pràctica d'acceptar o passar xeringues usades entre els UDVP (20,9% i 23,3% al 2006, respectivament). No obstant, d'altres mesures preventives adaptades a la realitat de les pràctiques d'injecció són necessàries per tal de disminuir la transmissió del VIH i del VHC relacionades amb les pràctiques indirectes de compartir material d'injecció, doncs el 69,2% havia compartit la cullera, el filtre o l'aigua per preparar la dosi [10].

➤ Molts injectors mantenen relacions sexuals desprotegides, especialment amb les parelles estables (68%), fet que implica un risc important de transmissió sexual del VIH i d'altres ITS. Conèixer la magnitud i distribució de les ITS en aquest col·lectiu serà clau per ponderar la necessitat de realitzar intervencions específiques destinades al diagnòstic i tractament d'aquestes infeccions.

3.3. Monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH, *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* i de les conductes associades a la seva transmissió en dones treballadores del sexe (TS)

L'any 2005 es va iniciar el monitoratge conductual en dones treballadores del sexe (TS) com a part del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica del VIH/ITS de Catalunya (SIVES) i en col·laboració amb l'associació Àmbit Prevenció. Una mostra de conveniència de 400 dones es va seleccionar estratificant per comunitat autònoma i país d'origen i considerant assignació proporcional en cada estrat. La mostra incloïa dones TS majors de 18 anys reclutades al carrer, pisos, clubs i bars al llarg del territori català.

La informació conductual es va recollir mitjançant un qüestionari estructurat, anònim i adaptat a partir de l'utilitzat per *Médicos del Mundo* en l'estudi FIPSE realitzat al 2002 [11]. El qüestionari va ser traduït al romanès, rus i anglès, i preguntava per les conductes dels darrers 6 mesos.

Previ consentiment informat, es van recollir de forma anònima mostres de fluid oral per determinar prevalença d'infecció pel VIH [2] i d'orina per determinar les prevalences de *C. trachomatis* i *N. Gonorrhoeae* [12].

De les 400 dones entrevistades, un 10,8% són espanyoles, un 30,7% lla-

Taula 3.3.1. Característiques socials i demogràfiques, del treball sexual i ús de drogues en dones TS segons país d'origen, 2005.

	Espanyoles	Llatines	Africanes	Est Europa	Total	p*
	N=43	N=123	N=104	N=130	N=400	
	%	%	%	%	%	
Mitjana d'edat [DE] **	42 [11,7]	32 [8,2]	27 [6,3]	25 [6,5]	29 [9,3]	<0,0001
Nivell educatiu						<0,0001
< Educació primària	14,0	3,3	33,0	8,0	13,8	
Primària	55,8	36,1	26,2	34,7	35,2	
Secundària o més	30,2	60,6	40,8	57,3	51	
Temps a Catalunya						
< 12 mesos	–	34,1	29,8	46,2	37,3	<0,0001
Permís de residència	–	52,0	25,7	13,1	30,2	<0,0001
Edad mitjana inici al TS [DE] **	26 [9]	27 [6,9]	24 [5,2]	22 [6,5]	25 [6,6]	<0,0001
Anys exercint el TS						
2 anys o menys	9,5	36,9	62,3	64	49,1	<0,0001
Inici fora del seu país d'origen	–	73,2	98,1	92,3	87,4	<0,0001
Ús de drogues il·legals						
Alguna vegada	37,2	31,7	8,7	26,2	24,5	<0,0001
Ús de drogues injectades						
Alguna vegada	9,3	0,8	0	0	1,3	<0,01

* χ^2 de Pearson o el test de Fisher. / ** ANOVA.

tinoamericanes, 32,5% procedents de l'Est d'Europa i un 26% africanes. L'edat mitjana és de 29 anys, essent les de l'Est d'Europa les més joves (25 anys). Un 51% de les dones ha cursat estudis secundaris o superiors, essent les africanes qui declaren el menor nivell educatiu (33% menys d'educació primària). De les immigrants, les dones de l'Est d'Europa són les que porten menys temps a Catalunya (46,2% menys de 12 mesos) i les que tenen permisos de residència en menor proporció (13,1%) (Taula 3.3.1).

L'edat mitjana d'inici al treball sexual és de 25 anys i gairebé la meitat (49,1%) fa 2 anys o menys que l'exercien. Les dones procedents de

l'Est d'Europa són les que s'inicien més joves (22 anys) i les que fa menys anys que l'exercien (64% 2 o menys anys). La majoria d'immigrants s'han iniciat al treball sexual un cop fora del seu país d'origen (87,4%) (Taula 3.3.1).

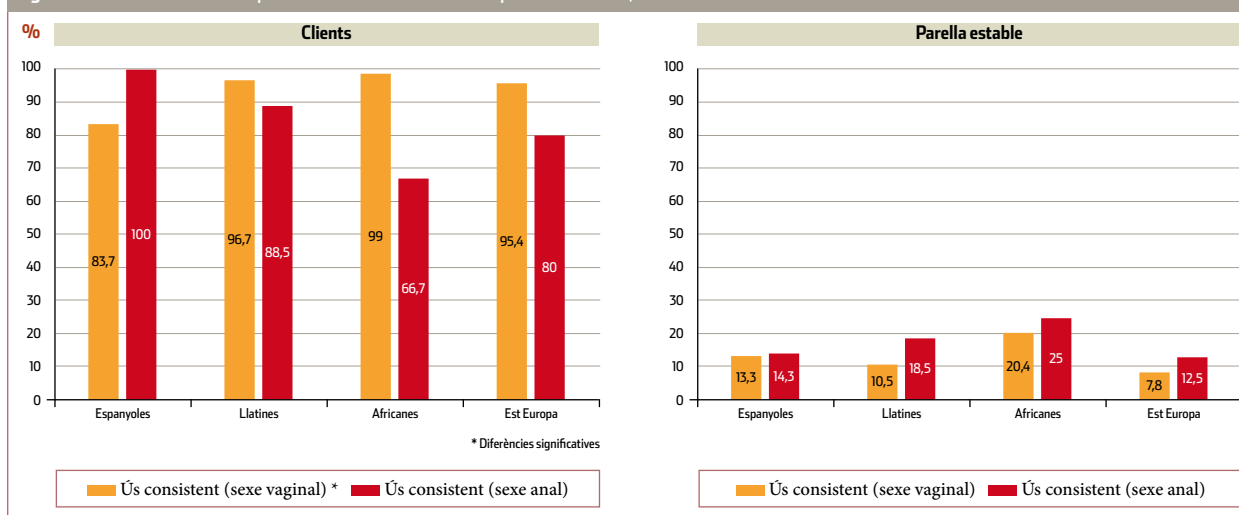
Una quarta part de les dones han consumit drogues il·legals alguna vegada i sols un 1,3% les han consumit de forma injectada. Les espanyoles són les que presenten el major consum de drogues il·legals (37,2% alguna vegada) i de drogues injectades (9,3%) (Taula 3.3.1).

La majoria de dones utilitzen "sempre" el preservatiu en les relacions sexuals amb els clients (95,5% i 87,2%

en el sexe vaginal i anal, respectivament), sent les espanyoles les que presenten la menor proporció d'utilització en el sexe vaginal (83,7%). De les 189 dones amb parella estable, sols el 12,4% i el 17,4% han usat el preservatiu de forma consistent en les relacions sexuals vaginals i anals, respectivament, sense observar diferències per país d'origen (Figura 3.3.1). El 49,7% de les entrevistades han referit alguna ruptura del preservatiu durant les relacions sexuals dels últims 6 mesos.

Les dones llatines i espanyoles són les que han estat més vegades embarassades (90,2% i 86% alguna vegada, respectivament), i les que presenten un major nombre de fills (80,5% i 76,7%

Figura 3.3.1. Ús consistent del preservatiu amb els clients i les parelles estables, 2005.



Taula 3.3.2. Estat de salut i ús de serveis sanitaris/socials, 2005.

	Espanyoles	Llatines	Africanes	Est Europa	Total	p*
	N=43	N=123	N=104	N=130	N=400	
	%	%	%	%	%	
Alguna vegada embarassada	86	90,2	78,8	71,3	80,7	0,001
Algun fill	76,7	80,5	45,2	37,5	57	<0,0001
Revisions ginecològiques anuals	88,4	90,2	76	92,2	87	0,001
ITS alguna vegada	25,6	17,1	6,7	13,1	14	0,015
Test del VIH alguna vegada	95,2	92,7	85,6	80,8	87,2	0,01
Amb cartilla sanitària	—	69,1	62,5	34,1	54,5	<0,0001
Ús de serveis socials (últims 6 mesos)	55,8	35,8	45,6	29,5	38,4	0,05
Ús de serveis sanitaris (últims 6 mesos)	79,1	66,7	58,7	61,5	64,3	no significatiu

* χ^2 de Pearson o el test de Fisher.

amb algun fill, respectivament). La majoria de les dones realitzen revisions ginecològiques com a mínim un cop l'any, essent les africanes les que menys (76%). Les espanyoles han tingut amb major proporció alguna ITS a la vida (25,6%). La majoria de dones s'han realitzat algun cop el test del VIH i coneixen el resultat (87,2%), sent les espanyoles i llatines les que presenten la major proporció (95,2% i 92,7%, respectivament). Sols 1 dona espanyola s'autodeclara VIH-positiva (Taula 3.3.2).

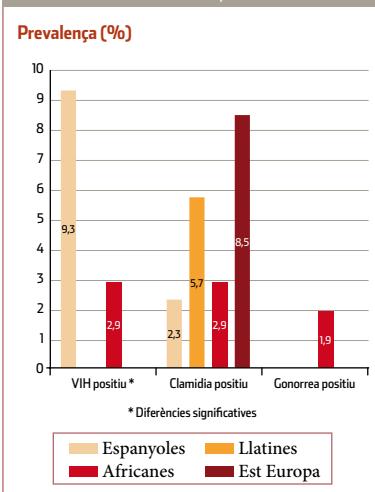
Aproximadament la meitat de les immigrants tenen cartilla sanitària (54,5%), el 64,3% del total d'entrevistades afirmen haver utilitzat serveis sanitaris en els darrers 6 mesos, i el 38,4% serveis socials. Les dones procedents de l'Est d'Europa són les que tenen cartilla sanitària i han usat serveis socials amb menor proporció (34,1% i 29,5%, respectivament) (Taula 3.3.2).

La prevalença global de *C. trachomatis* és de 5,5% i de *N. gonorrhoeae* de

0,5%. Tot i que les dones originàries de l'Est d'Europa mostren una major prevalença de *C. trachomatis* (8,5%), les diferències no són estadísticament significatives. La prevalença global de VIH és de 1,8%, amb diferències per país d'origen: 9,3% en les espanyoles i 2,9% en les africanes. Cap dona de l'Est ni llatinoamericana ha resultat ser VIH-positiva (Figura 3.3.2).

Entre les limitacions de l'estudi destaca la impossibilitat d'obtenir una mostra probabilística de dones TS, i per tant

Figura 3.3.2. Prevalença del VIH, *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* en mostres de fluid oral i orina, 2005.



la mostra no és representativa de la població de dones que exerceixen el treball sexual a Catalunya. En segon lloc, la prevalença d'algunes conductes de risc i de VIH/ITS poden estar subestimades. Finalment, l'estudi mostra una elevada acceptabilitat de les tècniques alternatives per detectar *C. trachomatis* i *N. Gonorrhoeae* en mostres d'orina, en ser menys invasives que les convencionals i més fàcils d'utilitzar fora de l'àmbit sanitari, encara que no siguin les tècniques d'elecció per al diagnòstic d'aquestes infeccions.

➤ Entre les dones TS, l'ús del preservatiu varia segons es tracti dels clients o de les parelles estables (95,5% i 12,4% l'han usat sempre en les relacions vaginals dels darrers 6 mesos, respectivament), conducta corroborada en d'altres estudis [13] com una manera que tenen aquestes dones de marcar diferències entre vida laboral i afectiva.

➤ Insistir en la utilització consistent del preservatiu hauria de continuar essent una de les estratègies de prevenció del VIH/ITS a mantenir, tant amb els clients com amb les parelles estables. A més, un 49,7% de les dones refereix alguna ruptura de preservatiu que en molts casos pot ser deguda a una lubricació inadequada o una manipulació incorrecta, i per tant serà important continuar amb les campanyes d'informació i educació sexual realitzades en el col·lectiu.

➤ La prevalença de *C. trachomatis* en les dones procedents de l'Est d'Europa (8,5%) és lleugerament superior a les de la resta de TS, resultat ja descrit anteriorment [14-15]. Tot i que les diferències no són significatives, aquestes dones presenten una elevada vulnerabilitat al VIH/ITS per la seva joventut, poc temps de residència a Catalunya i menor accés a cartilla sanitària i serveis socials.

➤ Entre les TS que exerceixen a Catalunya, el grup d'espanyoles requereixen especial atenció, donat que presenten la major prevalença de VIH (9,3%) i la menor freqüència d'ús de preservatius amb els clients (el 83,7% l'havia usat de forma consistent en les seves relacions sexuals vaginals dels darrers 6 mesos).

Bibliografia

- [1] Moreau-Gruet F, Dubois-Arber F. *Evaluation de la stratégie de prévention du Sida en Suisse: phase 6: 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes. Étude 1994*. Lausana: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, 1995.
- [2] Granade TC, Philips SK, Parekh B, Gomez P, Kitson-Piggott W, Oleander H, et al. Detection of antibodies to human immunodeficiency virus type 1 in oral fluids: a large-scale evaluation of immunoassay performance. *Clin Diagn Lab Immunol*. 1998;5(2):171-5.
- [3] Dodds J, Johnson A, Parry J, Mercey D. A tale of three cities: persisting high HIV prevalence, risk behaviour and undiagnosed infection in community samples of men who have sex with men. *Sex Transm Infect*. 2007;83(5):392-6.
- [4] Folch C, Muñoz R, Zaragoza K, Casabona J. HIV/STI associated risk behaviors among men who have sex with men in Catalonia, Spain [presentació oral]. National STD Prevention Conference. Chicago, Illinois (Estats Units), 10-13 març 2008.
- [5] Celentano D, Valleroy L, Sifakis F, Mackellar D, Hylton J, Thiede H, et al. Associations between substance use and sexual risk among very young men who have sex with men. *Sex Transm Dis*. 2006; 33(4):265-71.
- [6] Ruf M, Lovitt C, Imrie J. Recreational drug use and sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. *Sex Transm Infect*. 2007;82(2):95-7.
- [7] WHO International Collaborative Group. Programme on Substance Abuse. *Multi-city study on drug injecting and risk of VIH infection*. Geneva: World Health Organization, 1994.

[8] Judd A, Parry J, Hickman M, McDonald T, Jordan L, Lewis K, et al. Evaluation of a Modified Commercial Assay in Detecting Antibody to Hepatitis C Virus in Oral Fluids and Dried Blood Spots. *J Med Virol.* 2003;71(1):49-55.

[9] Huntington S, Folch C, Meroño M, Casabona J. Risk factors associated with hepatitis C among injecting drug users in Catalonia, Spain [pòster]. *Harm Reduction.* Barcelona, 11-15 maig 2008.

[10] Folch C, Huntington S, Esteve A, Montoliu A, Meroño M, Casabona J. Behavioural surveillance among IDU in Catalonia, 1993-2006 [presentació oral]. *Harm Reduction.* Barcelona, 11-15 maig 2008.

[11] Estébanez P, Rodríguez MA, Rodrigo J, Ramón P. Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España. *Estudi finançat per FIPSE, 2002. Expedient 2065/99.*

[12] Cook R, Hutchinson S, Ostergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic review: non-invasive testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. *Ann Intern Med.* 2005;142(11):914-25.

[13] Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac San.* 2004;18(3):177-83.

[14] Vall M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, et al. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J STD Inf Dis.* 2007;11(2):115-22.

[15] Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of HIV, Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae, and risk factors for Sexually Transmitted Infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.* 2008;35(2):178-183.

El monitoratge de les proves diagnòstiques del VIH a Catalunya forma part de la vigilància epidemiològica reforçada del VIH/sida des de 1992, i es basa en les dades que aporten diferents fonts d'informació, com ara la declaració voluntària d'una xarxa de laboratoris de tot Catalunya (HIVLABCAT), en la informació recollida als centres que ofereixen conjuntament la prova diagnòstica del VIH i el consell assistit (HIVDEVO), en el Registre de casos de sida, en el sistema de declaració voluntària de nous diagnòstics del VIH i en dades recollides en projectes més específics [1] (**Figura 4**).

Els objectius principals d'aquest monitoratge són:

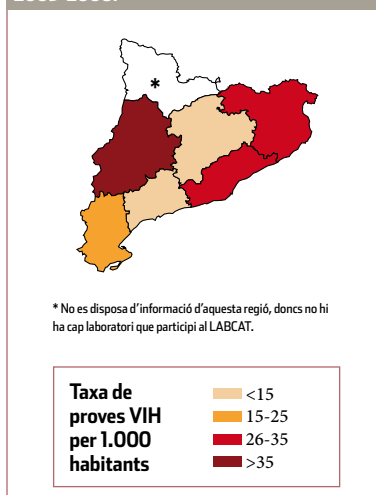
- descriure l'activitat dels centres que fan la prova de detecció d'anticossos del VIH.
- descriure el patró epidemiològic tant de les persones que es fan la prova com dels resultats positius.
- estimar la cobertura diagnòstica en grups vulnerables.
- estimar el retard en el diagnòstic de la infecció pel VIH.

4.1. Monitoratge a través de la declaració dels laboratoris

L'any 1992 es va crear a Catalunya una xarxa de laboratoris que notifiquen voluntàriament la realització de les proves diagnòstiques del VIH i el resultat obtingut. Actualment, aquesta xarxa està composta per laboratoris hospitalaris, laboratoris d'atenció primària i laboratoris de titularitat privada (HIVLABCAT). Tots ells envien un informe mensual al CEEISCAT en el qual comuniquen tant el nombre total de proves diagnòstiques que han realitzat com la quantitat de nous diagnòstics d'infecció del VIH (queden excloses les proves realitzades per al cribratge de donacions sanguínies).

El nombre de proves diagnòstiques declarades durant els anys 2005-2006 per cada 1.000 habitants va oscil·lar entre el 6,27 registrat a la Regió Sa-

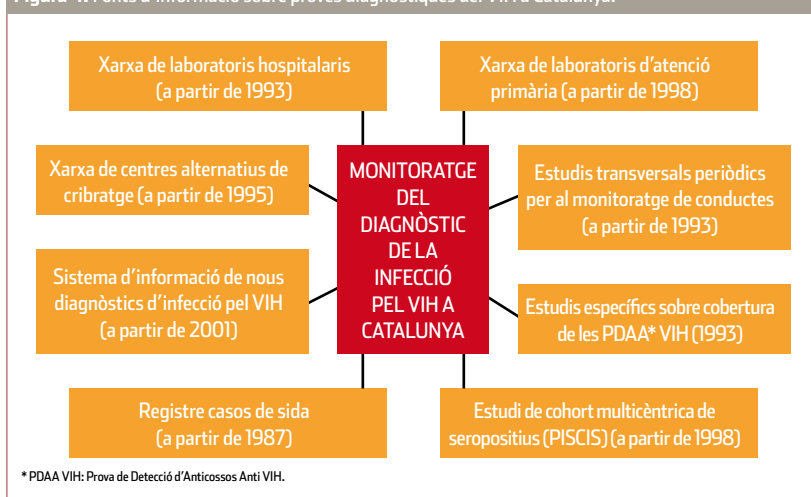
Figura 4.1.1. Estimació de la taxa de proves diagnòstiques per Regió Sanitària a Catalunya, 2005-2006.



nitària Tarragona i el 50,4 registrat a la Regió Sanitària Lleida (**Figura 4.1.1**). Podem observar a la **Taula 4.1.1** el nombre de proves realitzades del VIH per cada 1.000 habitants a Catalunya i comparar-les amb les realitzades en d'altres països europeus [2].

La quantitat anual de proves realitzades i declarades pels laboratoris ha anat augmentat progressivament al llarg

Figura 4. Fonts d'informació sobre proves diagnòstiques del VIH a Catalunya.



Taula 4.1.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades en països europeus, 2006.

País	Test/1.000 habitants
Alemanya **	27,6*
Àustria	80,4
Bèlgica	55,4
Catalunya	21,7
Dinamarca	28,3
Finlàndia	24,5
Luxemburg	30,5
França **	79,9
Portugal	87,4*
Suïssa **	44,1*

Font HIV/AIDS Surveillance in Europe, 2006.

* Dades més recents. / ** Dades estimades.

Figura 4.1.2. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de positives. Xarxa de laboratoris de Catalunya, 1993-2006.

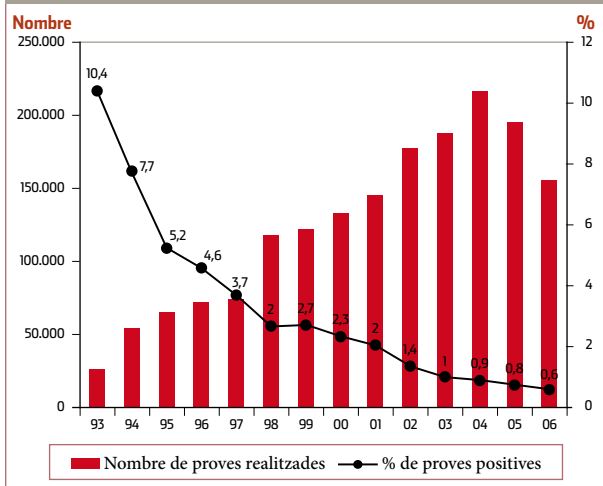
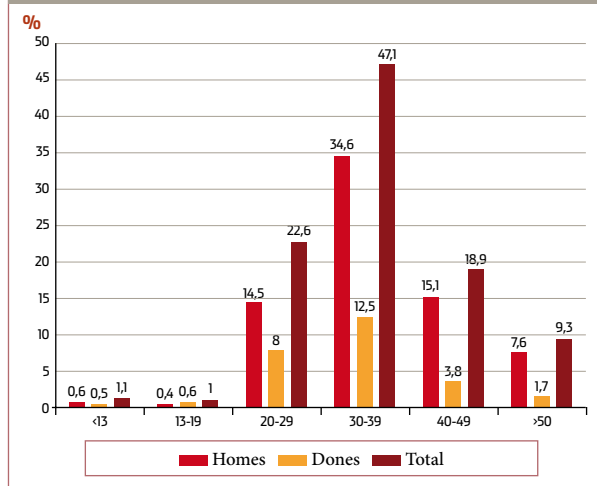


Figura 4.1.3. Percentatge de proves del VIH positives per sexe i grup d'edat. Xarxa de laboratoris de Catalunya, 1997-2006.



dels anys; passant de les 52.005, de l'any d'inici de l'estudi, a les 112.350 l'any 2004. En els anys 2005 i 2006, però, el nombre de proves declarades va ser inferior (195.723 i 154.709 respectivament). Aquesta davallada en el número de proves no és real, i cal considerar-la un artefacte degut a dificultats logístiques relacionades amb els canvis de gestió interna del projecte, que va repercutir en la declaració per part dels laboratoris. El percentatge de proves amb resultat positiu en aquest període (1992-2006) ha anat disminuint (Figura 4.1.2). Cal tenir en compte, a més, que la proporció de dades que aporta cada laboratori sovint és significativament diferent tant pel que fa al nombre de proves realitzades com per al percentatge de resultats positius [3].

Per tal de poder descriure les característiques de les persones diagnosticades d'infecció pel VIH, a partir de l'any 1997, cada laboratori recull l'edat i sexe dels nous diagnòstics que identifica.

Respecte als nous casos diagnosticats en el període 1997-2006, el grup més

nombrós és el comprès entre els 30 i els 39 anys (Figura 4.1.3) i, de tots els nous diagnòstics, el 72,9% eren homes.

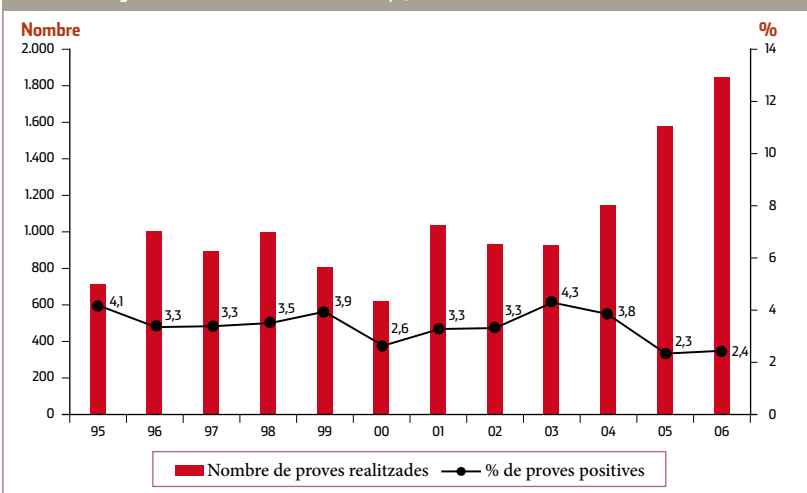
4.2. Monitoratge a través dels centres de detecció anònima d'anticossos del VIH

Des de l'any 1994 els centres on es pot fer la detecció voluntària d'anticossos (HIVDEVO) recullen dades epidemiològiques de les persones que fan ús d'aquest servei. A Catalunya hi ha vuit centres d'aquestes característiques, que ofereixen, junt amb el consell assistit, la realització de la prova de manera voluntària, gratuïta, anònima i confidencial. Aquests centres estan localitzats a Barcelona (ACASC, CJAS, Projecte del Noms, SAPS, Stop Sida i Àmbit Prevenció), Sabadell i Terrassa (Actua Vallès) i Lleida (Associació Antisida de Lleida). El test és subvencionat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Des que es va iniciar el projecte fins l'any 2006 s'han realitzat 9.199 tests del VIH amb una prevalença d'infecció del 3,3% (IC 95%: 2,98-3,62). L'evolució del nombre de proves fetes en aquests centres per any és relativament petita, oscil·la entre les 716 fetes durant l'any 1995 fins a les 1.849 fetes a l'any 2006 (Figura 4.2.1). El 61,4% de les persones que van fer-se el test van ser homes. Tant en els homes com en les dones, el grup d'edat amb més percentatge de resultat positiu és el comprès entre els 20 i 39 anys (Figura 4.2.2). La Figura 4.2.3 mostra, per categoria d'exposició, la distribució del percentatge de tests realitzats i de resultats positius, i és l'exposició sexual la més freqüent entre els positius, amb el 58,9% en els homes i el 57,9% en les dones.

Pel que fa a l'any 2006, el 2,4% (45/1.849) de les proves fetes van resultar positives al VIH. El 61,8% (1.138/1.841) s'havien fet la prova anteriorment almenys un cop [4]. Dels 45 positius, 24 tenien un test diagnòstic anterior amb resultat negatiu [5]. El 37,6% (677/1.800)

Figura 4.2.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de positives. Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya, 1995-2006.



de les proves realitzades corresponien a persones d'altres països, i entre els casos positius el percentatge era del 40%.

4.3. Cobertura de la prova diagnòstica en grups d'especial interès

Aquest apartat presenta la cobertura de la prova diagnòstica en els grups següents: dones embarassades, UDVP i HSH ([Taula 4.3.1](#)).

Figura 4.2.2. Percentatge de proves diagnòstiques del VIH declarades i percentatge de positives. Distribució per edat i sexe. Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya, 1995-2006.

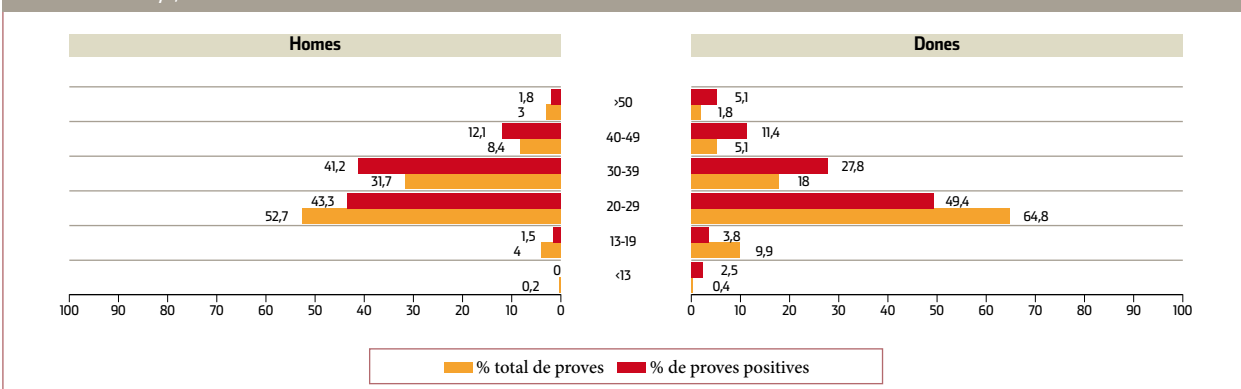
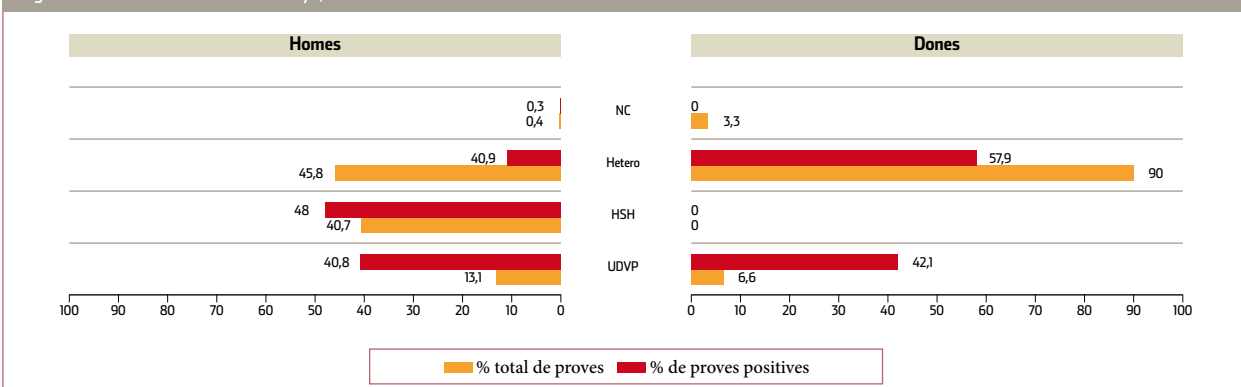


Figura 4.2.3. Percentatge de proves diagnòstiques del VIH declarades i percentatge de proves positives. Distribució per grup d'exposició i sexe. Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya, 1995-2006.



Taula 4.3.1. Cobertura de la prova diagnòstica en determinats grups d'especial interès a Catalunya, 1993-2006.

GRUPS	1993	1995-6	1998	2000	2002	2004	2006
Dones embarassades							
Prova diagnòstica del VIH durant l'embaràs (autodeclarada)							
Hospitals públics	-	-	-	68	-	-	-
Hospitals privats	-	-	-	65	-	-	-
Prova diagnòstica del VIH durant l'embaràs (història clínica)							
Hospitals públics	-	-	-	93,8	-	-	-
Hospitals privats	-	-	-	71,2	-	-	-
UDVP							
Test diagnòstic del VIH alguna vegada	79	95	93	95	83	82	95
HSH							
Test diagnòstic del VIH alguna vegada	61	67,1	75,5	78	82,6	81	86,6
Test diagnòstic del VIH més d'una vegada	31,9	40,9	50,9	53,4	57,9	58,2	63,9
Test diagnòstic del VIH durant els 12 mesos previs*	-	32,1	25,3	32	34,9	39,8	37,7

* Dels que s'han fet el test del VIH en alguna ocasió; UDVP: usuaris de drogues per via parenteral; HSH: homes que tenen relacions sexuals amb homes.

Pel que fa al primer grup, l'any 2000 es va realitzar un estudi transversal que incloïa 2.230 dones, reclutades després del part, en 9 hospitals públics i en 2 de privats [6]. Persones entrenades van realitzar una entrevista personal a les dones esmentades i també van revisar els seus historials clínics. D'ambdues fonts d'informació, es van recollir les dades sobre la realització de la prova diagnòstica del VIH. Segons el resultat de l'entrevista personal, el 67% de les dones va declarar que havia realitzat la prova diagnòstica durant l'embaràs; en canvi, el percentatge de realització de la prova contra el VIH recollit a través de la revisió de la història clínica va ser del 89%.

Pel que fa al segon grup, s'han fet 7 estudis transversals amb periodicitat biennal entre 1993-2006 en UDVP reclutats al carrer (per a més detalls, [vegeu l'apartat 2.2](#)). El nombre de persones incloses en cada tall transversal va oscil·lar entre 200 i

300. La proporció de persones que van declarar que s'havien realitzat la prova diagnòstica del VIH, almenys una vegada, va mostrar una tendència creixent significativa durant el període 1993-2006 (de 79% al 1993 a 95% al 2006).

Finalment, s'han dut a terme 7 estudis transversals biennals en homes que tenen relacions sexuals amb d'altres homes (HSH) entre 1993-2006 (1993: n=551, 1996: n=741, 1998: n=713, 2000: n=828, 2002: n=640, 2004: n=728 i 2006: n=868). Els participants van ser reclutats a saunes, sex-shops, bars, parcs públics i també mitjançant la tramesa postal d'un qüestionari als membres d'una organització comunitària d'homosexuals (per a més detalls, [vegeu l'apartat 2.1](#)). La proporció d'homes que s'havien realitzat la prova diagnòstica del VIH almenys una vegada va augmentar en els successius estudis (de 61% al 1993 a 86,6% al 2006), com la proporció que se

l'havien realitzat més d'una vegada (de 32,1% al 1995 a 63,9% al 2006). Una tercera part dels que s'havien fet el test del VIH en l'estudi de 2006 van declarar que se l'havien realitzat en els 12 mesos anteriors.

4.4. Estimació del retard en el diagnòstic d'infecció pel VIH a Catalunya

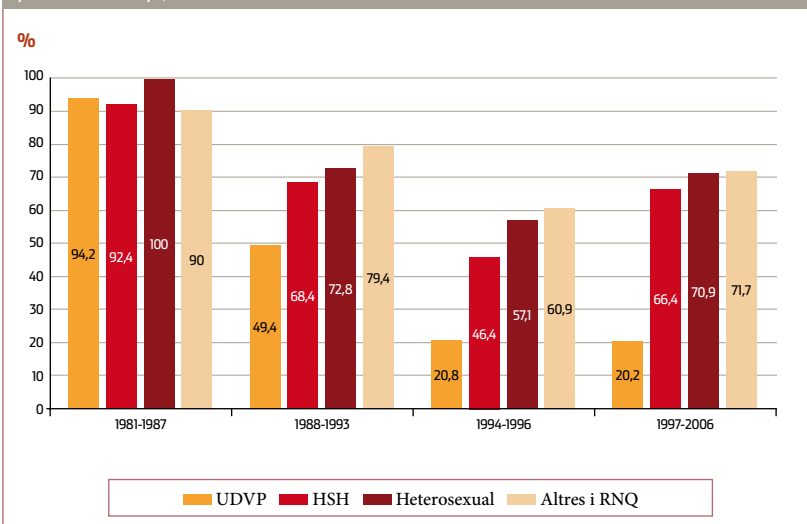
El diagnòstic precoç d'infecció pel VIH permet millorar la supervivència de les persones afectades i al mateix temps modificar les conductes que afavoreixen la transmissió del virus a altres persones [7]. Per aquest motiu, a Catalunya, el CEEISCAT va incorporar l'any 2000 l'estimació del retard diagnòstic com un paràmetre més en la vigilància epidemiològica reforçada del VIH.

Per estimar el retard en el diagnòstic de la infecció pel VIH es fan servir les dades provinents de tres sistemes d'informació: el registre de casos de sida, el Sistema d'Informació de Nous Diagnòstics d'Infecció pel VIH de Catalunya i el projecte PISCIS, un estudi observacional prospectiu.

a) Registre de casos de sida

Es defineix retard en el diagnòstic quan el diagnòstic de la sida es realitza en un període menor o igual a dotze mesos després del diagnòstic d'infecció pel VIH.

En el registre de casos de sida, dels 15.660 casos declarats durant el període 1981-2006 es coneixen ambdues dates (diagnòstic de VIH i de sida) en

Figura 4.4.1. Percentatge de casos de sida amb retard en el diagnòstic per grup de transmissió i període. Catalunya, 1981-2006.

14.785 casos; d'aquests, el 48,8% (7.210 casos) presenten retard diagnòstic.

La proporció de casos amb retard diagnòstic és superior en els homes (50,5%) que en les dones (41,6%). El retard diagnòstic s'incrementa amb l'edat, essent del 44,4% en els menors de 35 anys, del 52,5% entre els 35 i 49 anys i del 75,9% en els majors de 49 anys.

En quant a la via de transmissió, la via sexual és la que, globalment, presenta major proporció de retard diagnòstic (65,2%), essent del 67,7% en heterosexuals i del 63% en homosexuals. En la **Figura 4.4.1** es pot observar la distribució del retard en el diagnòstic segons vies de transmissió i agrupats per períodes.

b) Sistema d'informació de nous diagnòstics de la infecció pel VIH

Es defineix retard en el diagnòstic del VIH quan el valor del recompte de limfòcits CD4 més proper al diagnòstic d'infecció és inferior a $200 \times 10^6/l$.

Dels 4.082 nous diagnòstics d'infecció declarats en el sistema de notificació de nous diagnòstics del VIH durant el període 2001-2006, en 3.358 consta informació sobre el recompte de limfòcits CD4 i d'aquests compleixen criteris de retard diagnòstic el 39,1% dels casos (1.327).

La proporció de diagnòstic tardà és superior en els homes (40,7%) que en les dones (35,6%). La proporció de diagnòstic tardà augmenta amb l'edat, essent del 26,3% en menors de 35 anys, del 47% entre els 35 i 49 anys i del 62,9% en els majors de 49 anys.

Pel que fa a la via de transmissió, els heterosexuals presenten una major proporció de casos amb retard en el diagnòstic (46,3%) (**Figura 4.4.2**).

c) Cohort PISCIS

Una altra font d'informació per a l'avaluació del retard en el diagnòstic d'infecció pel VIH a Catalunya és l'estudi de Cohort PISCIS (per a

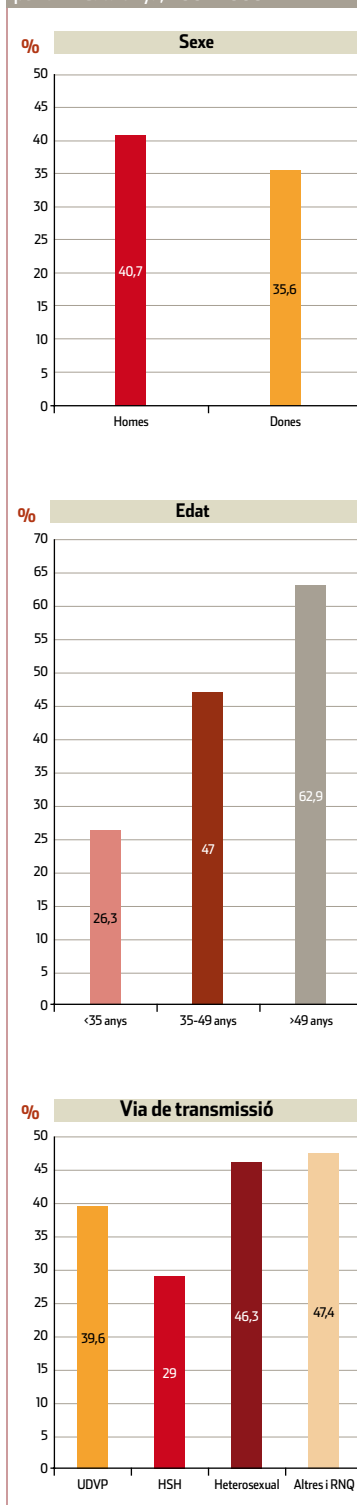
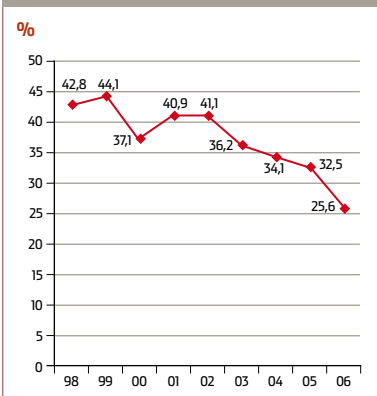
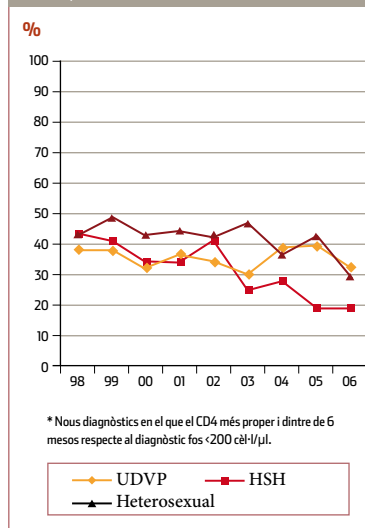
Figura 4.4.2. Característiques del retard diagnòstic en els nous diagnòstics d'infecció per VIH. Catalunya, 2001-2006.

Figura 4.4.3. L'evolució del retard diagnòstic segons any d'entrada en la cohort PISCIS, 1998-2006

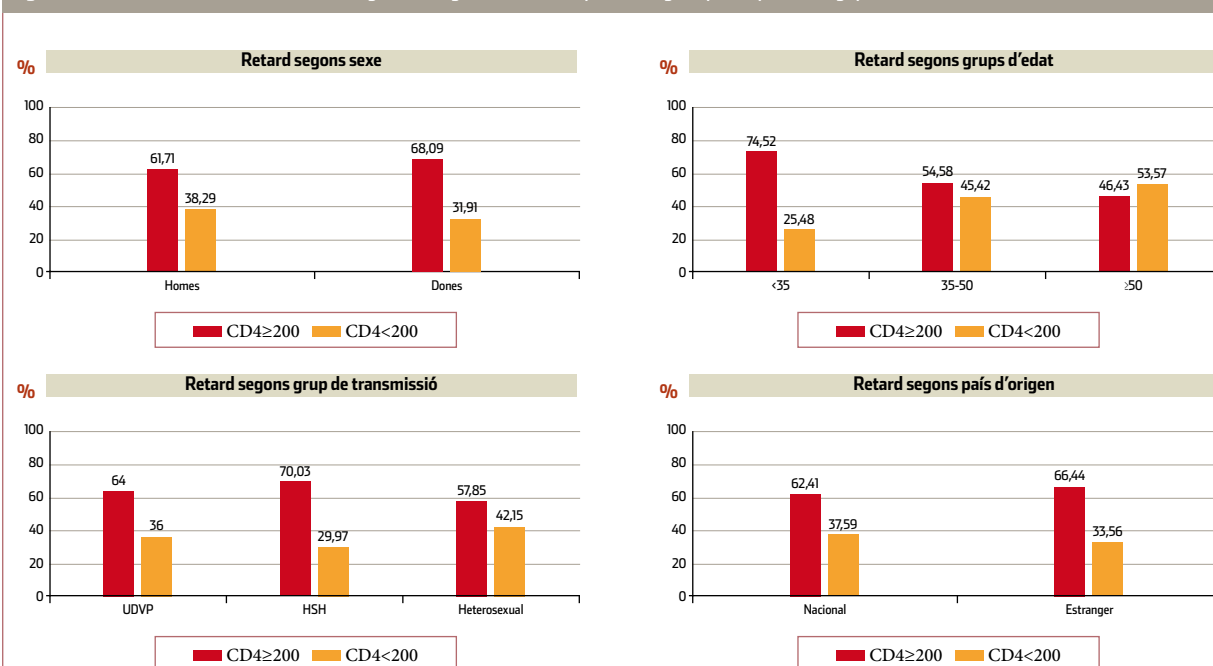
més informació, **vegeu l'apartat 5.2**). En l'anàlisi s'han inclòs pacients adults, amb un primer diagnòstic de VIH positiu, durant els anys 1998-2006, i amb una primera visita clínica en els dotze primers mesos referits a la data del diagnòstic. Es considera retard

diagnòstic quan el recompte de limfòcits CD4 més proper al diagnòstic, màxim de sis mesos, és inferior a 200 cèl·l/μm.

El total de pacients inclosos ha estat de 4.620 i d'aquests, el 36,8% s'han diagnosticat amb retard durant tot el període d'estudi (1998-2006). L'evolució del retard diagnòstic segons any d'entrada en la cohort es mostra a la **Figura 4.4.3** que ha passat de 36,2% a l'any 2003 a 25,6% al 2006 ($p < 0,0001$). Les diferències per sexe i grups d'edat es mostren a la **Figura 4.4.4**. El percentatge de retard és superior en els homes, en les persones de més edat i en els heterosexuals. La **Figura 4.4.5** mostra l'evolució del retard diagnòstic segons grup de transmissió durant tot el període d'estudi: s'observa una tendència a la

Figura 4.4.5. Tendències del retard en el diagnòstic* per grup de transmissió. Cohort PISCIS, 1998-2006.

disminució en els grups de transmissió dels UDVP i heterosexuals i una estabilització entre els HSH.

Figura 4.4.4. Diferències en el retard en el diagnòstic, segons característiques demogràfiques i epidemiològiques*. Cohort PISCIS, 1998-2006.

* Nou diagnòstic d'infecció per VIH en el qual el recompte de CD4 en un marge de 6 mesos abans o després del mateix sigui menor de 200 cèl·l/μl.

➤ El nombre de proves diagnòstiques del VIH declarades a Catalunya l'any 2006 va ser 21,7 per 1.000 habitants. Tot i que és una taxa una mica més baixa que a la majoria de països de l'Europa Occidental cal tenir en compte la infradeclaració que s'ha produït durant el 2005.

➤ El nombre de proves declarades pels laboratoris en el 2006 va ser de 154.709, amb una taxa de positivitat del 0,6%. En el període 1997-2006, de tots els nous positius, la majoria eren homes i tenien entre 30 i 39 anys.

➤ El nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades als centres de detecció voluntària de forma anònima per al període 2004-2006 s'ha incrementat un 38,1%, passant de 1.144 proves l'any 2004, a 1.579 al 2005 i 1.849 al 2006, tot i que el número continua essent baix respecte al total de proves realitzades a Catalunya. El percentatge de proves positives en el 2006 va ser del 2,4%.

➤ Les persones que es fan la prova als centres alternatius declaren com a factor de risc més freqüent l'exposició sexual, i el 61,4% són homes. Els UDVP van ser els que van tenir el percentatge més gran de resultats positius.

➤ Tant en UDVP com en HSH s'observa un augment progressiu en el percentatge dels que s'havien realitzat la prova en alguna ocasió, arribant al 95% i al 86,6%, respectivament, l'any 2006.

➤ El retard diagnòstic observat entre els nous diagnòstics d'infecció pel VIH continua essent elevat i oscil·la entre el 36,8% i el 39,1% segons les diferents fonts d'informació (Cohort PISCIS i Sistema d'Informació de nous diagnòstics de VIH, respectivament).

➤ D'acord amb les darreres anàlisis de la cohort PISCIS, el percentatge de pacients que es diagnostiquen tard ha disminuït significativament. Si bé és difícil establir una relació directa amb les actuacions fetes per a la promoció de la prova, les dades reforcen la necessitat d'augmentar l'accés i la demanda de les proves diagnòstiques per part dels joves i les poblacions més vulnerables.

➤ Cal seguir promovent el diagnòstic precoç del VIH en la població general, i especialment en poblacions vulnerables que presenten elevades prevalences de VIH, no sols per poder accedir al tractament, sinó també per adoptar les mesures preventives necessàries per evitar la transmissió del virus i possibles reinfeccions.

Bibliografia

[1] Casabona J, Casado MJ, Romaguera A, Pozuelo A, Murta C, Pérez C. Monitorización de las pruebas de detección de anticuerpos anti-VIH en Cataluña: complementando la vigilancia epidemiológica de 2a generación. [Abstract 118]. XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona, 12-14 setembre 2002. Gac Sanit. 2002;16(Supl.1):68.

[2] EuroHIV. *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No 75.

[3] Casado MJ, Rovira A, Blanch C, Casabona J; Grupo de Trabajo sobre Garantía de Calidad. Encuesta sobre la realización de las pruebas de detección de los anticuerpos anti-VIH en los laboratorios de Cataluña. Gac Sanit. 2004;18(1):68-71.

[4] Casado MJ, Murta C, Casabona J, Recasens A. Characteristics of repeat HIV tester attending at anonymous testing centres of Catalonia, Spain [abstract]. XIV International AIDS conference: AIDS 2002. Barcelona, 7-12 juliol 2002.

[5] Nascimento CM, Casado MJ, Casabona J, Ros R, Sierra E, Zaragoza K, et al. Estimation of HIV incidence among repeat anonymous testers in Catalonia, Spain. AIDS Res Hum Retroviruses. 2004;20(11):1145-7.

[6] Pérez K, Blanch C, Casabona J, Almeda J, Coll O; the working group on testing coverage (COBEMB). Coverage of HIV testing among pregnant women in Catalonia (Spain): a comparison of self-reporting with medical records. Eur J Public Health. 2004;14(3):261-6.

[7] European Centre for Epidemiological Monitoring of AIDS. 1993 revision of the European AIDS Surveillance in Europe, Quarterly Report. 1993;37:23-8.

5.1. Profilaxi postexposició no ocupacional (Projecte NONOPEP)

L'exposició no ocupacional al VIH es defineix com aquella situació en la que es produeix un contacte accidental amb sang i/o d'altres fluids biològics per via sexual o parenteral fora de l'àmbit estrictament sanitari, mentre que s'entén per exposició ocupacional aquella exposició al VIH per part dels professionals sanitaris en l'exercici de la seva professió [1].

La creença en que la profilaxi post-exposició no ocupacional al VIH (NONOPEP) pot evitar la infecció es fonamenta en la plausibilitat biològica. Existeixen dades d'eficàcia i efectivitat de la NONOPEP en models animals [2-3], en la transmissió vertical [4] i en l'àmbit sanitari [5]. Com per motius ètics no és possible realitzar assajos clínics controlats i aleatoritzats sobre la NONOPEP, s'han realitzat diversos estudis observacionals que suggereixen que pot ser eficaç [6-7]. Actualment, en el nostre medi, existeixen unes recomanacions estatals pel que fa a la gestió d'aquestes exposicions [1].

Amb la finalitat d'avaluar la viabilitat i l'eficàcia de la NONOPEP al VIH, l'any 2001 es va posar en marxa a l'Estat espanyol un projecte d'àmbit estatal sobre la profilaxi post-exposició al VIH no ocupacional, finançat per la Fundació "La Marató de TV3" i com a part integrant d'un Registre Europeu amb 14 països participants,

Taula 5.1.1. Distribució dels casos notificats segons centre, 2001-2006.

Centre	N	%
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	551	50,6
Hospital del Mar	187	17,2
Hospital General Universitari Vall d'Hebron	127	11,7
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge	108	9,9
Hospital Universitari Joan XXIII	29	1,7
Hospital General de Granollers	28	2,6
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol	18	0,6
Hospital Verge de la Cinta	12	1,2
Hospital de Mataró	10	0,9
Hospital de Terrassa	7	0,6
Hospital Universitari Arnau de Vilanova	7	0,1
Hospital Creu Roja de Barcelona	2	0,2
Hospital Mutua de Terrassa	2	0,2
Creu Roja de Catalunya	1	0,1
Total	1.090	100,0

finançat per la Comissió Europea i coordinat pel CEEISCAT [8]. Un cop finalitzat el projecte l'any 2005, a Catalunya s'ha mantingut el registre d'exposicions no ocupacionals de manera voluntària [9].

El registre inclou exposicions no ocupacionals al VIH, hagin o no rebut teràpia antiretroviral (TAR), i es recull de manera anònima i voluntària informació sobre les característiques dels individus exposats i fonts de contagi, característiques de l'exposició, risc de contagi segons categories (baix, mig, alt), serologies i seguiment clínic, TAR prescrit, així com tolerància i adherència al mateix.

Els objectius del registre són:

- Descriure la demanda i la pràctica de la NONOPEP amb fàrmacs antiretrovirals en les persones VIH negatives.
- Monitorar l'adequació de la pràctica clínica a les recomanacions

existents respecte l'ús de la NO-NOPEP.

- Descriure l'adherència i els efectes secundaris de la teràpia antiretroviral en les persones VIH negatives que han rebut NONOPEP.

En aquest capítol es descriuen els casos notificats a Catalunya per al període 2001-2006.

Durant el període 2001-2006 es van notificar 1.090 casos al registre, dels quals el 57% eren homes. A la **Taula 5.1.1** es pot veure la distribució dels casos segons el centre notificant. La mitjana d'edat va ser de 30 anys (rang interquartílic (RIQ): 23-37,5) i la mitjana de temps entre l'exposició i la primera consulta va ser de 12 hores (rang interquartílic: 6-60). En 575 casos (52,8%) es va prescriure profilaxi postexposició (PPE). En el 57,9% (631) l'exposició accidental va ser per via sexual, en el 36,1% (394) per via parenteral i en el 6% (65) per altres exposicions (**Taula 5.1.2**).

Taula 5.1.2. Distribució dels tipus d'exposicions notificades.

	N	%
Sexual		
Recepció anal	76	12,0
Inserció anal	45	7,1
Recepció vaginal	106	16,8
Inserció vaginal	46	7,3
Sexe oral	37	5,9
Sense especificar	321	50,9
Subtotal	631	57,9
Parenteral		
Punxada accidental	344	86,3
Agressió	41	11,4
Compartir material UDVP	2	0,8
Sense especificar	7	1,5
Subtotal	394	36,1
Altres		
Contacte sang amb pell no intacta	21	33,8
Mossegada humana	10	14,1
Contacte sang amb mucoses	8	14,1
Contacte sang amb pell intacta	12	15,5
Sense especificar	14	22,5
Subtotal	65	6,0
Total	1.090	100

La persona font va ser identificada en 922 casos (84,6%). D'aquests, en un 78,1% l'estat serològic inicial respecte al VIH era desconegut. En la **Figura 5.1.1** es representa l'estat serològic inicial respecte al VIH de la persona font per a les diferents exposicions accidentals. Entre les exposicions en que l'estat serològic del VIH de la persona font era desconegut destaquen les agressions sexuals, les agressions amb agulles i les punxades accidentals (96,6%, 92,7% i 91,2% respectivament).

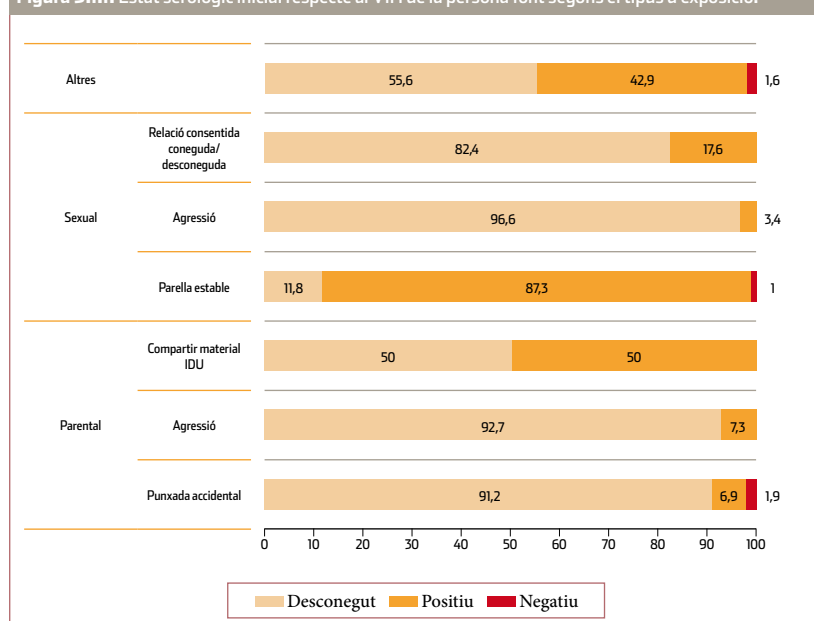
Del total d'exposicions, en 839 (76,9%) constava l'avaluació del grau de risc de l'exposició feta pel metge notificant. La distribució va ser la següent: 460 (54,8%) casos de baix risc, 252 (30%) casos de risc mig i 127 (15,1%) casos d'alt risc.

Les pautes de TAR prescrites varen ser 3 fàrmacs en el 58,6%, 2 fàrmacs en el 35%, 4 fàrmacs en el 4,5% i un o més de quatre fàrmacs en la resta de casos. En la **Taula 5.1.3** es pot veure la distribució de les pautes de tractament segons el grau de risc. Cal destacar que el 62,4% dels casos on no constava l'avaluació del risc, es va prescriure TAR, i que en el 33% dels casos classificats de baix risc també se'ls va prescriure TAR.

Varen acudir a la visita de seguiment al cap d'un mes 764 (70,1%) dels casos, un 75,8% dels que varen rebre TAR i un 63,7% dels no tractats. Als sis mesos varen acudir 552 (50,6%) casos, un 49,4% i un 52% entre els que varen rebre TAR i els que no, respectivament.

En relació a l'adherència al TAR, entre els tractats i amb constància

Figura 5.1.1. Estat serològic inicial respecte al VIH de la persona font segons el tipus d'exposició.



d'alguna visita posterior, en 22 casos (5%) es va interrompre el tractament. A la **Taula 5.1.4** es poden veure les causes d'interrupció del tractament.

Entre les persones exposades que varen rebre tractament i varen tenir alguna visita posterior, 168 (22%) presentaren algun efecte advers. Els símptomes gastrointestinals varen ser els més freqüents (64,7%), seguit dels símptomes inespecífics com malestar general i fatiga (11,8%) i de l'afectació del sistema nerviós (9,6%). La resta d'efectes adversos (13,9%) varen ser febre, alteracions cutànies, alteracions de les proves de laboratori i del sistema genitourinari (**Taula 5.1.5**).

Durant aquest període, s'han identificat 3 seroconversions al VIH (0,3%) els anys 2003, 2004 i 2005 respectivament. S'han produït en HSH en una relació desprotegida que va tenir un resultat negatiu de detecció del VIH en el moment de la consulta.

Els 3 casos varen rebre la triple combinació de zidovudina + lamivudina + nelfinavir durant quatre setmanes sense interrupcions del tractament. El temps des de l'exposició motiu de consulta i l'inici de la profilaxi va ser de 2, 24 i 40 hores respectivament. Tots ells havien tingut altres exposicions, un d'ells abans i dos d'ells abans i després de la que va motivar la consulta. En els tres casos la font era desconeguda pel que fa a l'estat serològic respecte al VIH.

És essencial recordar que aquesta pràctica s'ha de fer servir en situacions d'excepcionalitat i que en cap moment pot desplaçar a la preven-

Taula 5.1.3. Distribució dels tractaments i pautes segons la categoria de risc de l'exposició.

TAR	Categoria de risc							
	Alt		Mig		Baix		Desconegut	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	34	26,8	75	29,8	308	67,0	98	39,1
Sí	93	73,2	177	70,2	152	33,0	153	60,9
Monoteràpia	1	1,1	1	0,6	1	0,7	5	3,3
Biteràpia	14	15,1	43	24,3	51	33,6	93	60,7
Triteràpia	70	75,3	124	70,1	92	60,5	52	34,0
Quatre fàrmacs	7	7,5	8	4,5	8	5,3	3	2,0
Més de quatre	1	1,1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Total	127		252		460		251	100,0

Taula 5.1.4. Causes d'interrupció del tractament entre els tractats i seguits a un mes.

Causas	Interrupcions	%
Efectes adversos	7	31,8
Persona font VIH negatiu un cop iniciada PEP	3	13,6
Decisió pròpia del pacient	5	22,7
Altres causes *	7	31,8
Total	22	100,0

* Reavaluació del metge, embaràs, interaccions amb altres drogues.

Taula 5.1.5. Nombre i tipus d'efectes secundaris en les persones amb TAR que acudeixen a una visita posterior.

Nombre d'efectes secundaris per persona	N	%
Un	83	49,4
Dos	62	36,9
Tres o més	23	13,7
Tipus d'efectes secundaris		
Nàusees i/o vòmits	80	29,4
Diarrea	62	22,8
Malestar general i fatiga	32	11,8
Cefalea	19	7,0
Dolor abdominal	18	6,6
Altres alteracions gastrointestinals	16	5,9
Altres alteracions sistema nerviós	7	2,6
Altres *	38	13,9

* Anorèxia, febre, còlic renal i alteracions de laboratori.

ció primària del VIH, que ha de continuar essent una prioritat, tant en intervencions comunitàries com individuals.

➤ El perfil de la persona que demanda profilaxi postexposició no ocupacional ha estat el d'un home (57%) de 30 anys (RIQ 23-37,5) que consulta per una exposició sexual de risc (57,9%) i ho fa en les 12 hores posteriors a l'exposició (RIQ 6-60).

➤ L'exposició va ser considerada de baix risc en la majoria dels casos (54,8%). Tot i això, en el 30% d'aquests pacients es va indicar l'administració de TAR.

➤ En el 65% dels casos en què es va prescriure TAR la pauta indicada va incloure tres o més fàrmacs, i tot i presentar efectes adversos en un terç dels casos, la proporció de persones que varen completar el tractament fou del 95%.

➤ Els símptomes gastrointestinals (náusees, diarrea, vòmits), el mal-estar general i la fatiga varen ser els més freqüents. Tot i això, la intolerància a TAR va fer que tan sols un 1,7% abandonés el tractament per aquest motiu.

➤ El seguiment clínic dels pacients és un dels punts febles en el compliment de les recomanacions actuals, ja que només la meitat dels casos (independentment del risc de l'exposició i de la indicació de TAR) acudeixen al control dels sis mesos. Caldria reforçar les mesures per assegurar el seguiment complet en tots els casos.

➤ Durant el període d'estudi, es varen identificar tres seroconversions que, després d'un estudi minuciós, no es van poder atribuir a una errada en la profilaxi postexposició (PPE) prescrita.

5.2. Projecte per a la informatització del seguiment clínic i epidemiològic de la infecció pel VIH i Sida (Cohort PISCIS)

El Projecte per a la Informatització del Seguiment Clínic i Epidemiològic de la Infecció pel VIH i Sida (PISCIS), és un estudi de cohort prospectiu i multicentre que va començar amb el disseny d'una aplicació informàtica (per informatitzar la història clínica), i uns programes de traducció informàtica (FIPSE, 3084/99), amb la finalitat de crear una xarxa de recollida d'informació que permetés crear una cohort de pacients amb infecció pel VIH/sida seguits en els diferents centres hospitalaris (FIPSE 36354/02). La cohort PISCIS està constituïda per pacients seropositius de 16 o més anys reclutats en 9 hospitals de Catalunya i 1 hospital de les Balears, amb data de primera visita posterior o igual al 01/01/98 [10-15]. Des de l'any 2000 es recull prospectivament la informació epidemiològica, clínica, biològica, i de tractament durant el seguiment d'aquests pacients, i retrospectivament des de 1998. Els objectius del projecte PISCIS són:

- Determinar la progressió de la infecció del VIH/sida durant l'era de la teràpia antiretroviral de gran activitat (TARGA), així com l'impacte de les coinfeccions per hepatitis víriques B i C a l'evolució i tractament de la infecció del VIH/sida.
- Avaluar l'efectivitat dels tractaments antiretrovirals i la seva adequació a les recomanacions vigents.
- Complementar els sistemes de vigilància epidemiològica (vigilància epidemiològica reforçada) contribuint a la caracterització dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH i del retard en el diagnòstic.
- Disposar d'indicadors assistencials, que permetin l'avaluació i monitoratge de l'ús de serveis sanitaris, així com els costos derivats d'aquests, sobretot pel que fa referència als tractaments antiretrovirals.

Figura 5.2.1. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH a la cohort PISCIS segons el grup de transmissió i sexe. Cohort PISCIS, 1998-2006.

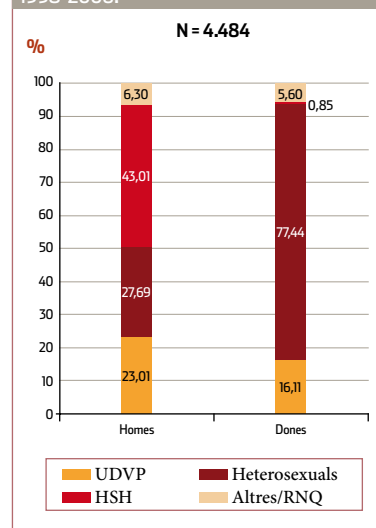
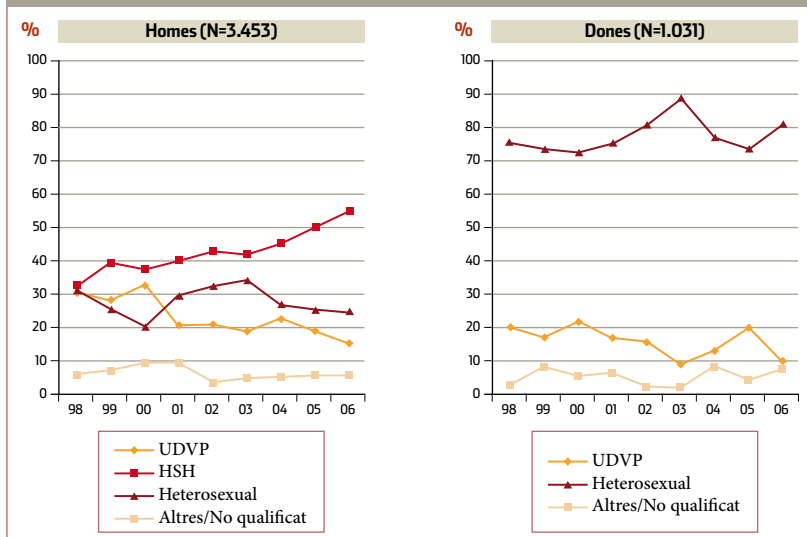


Figura 5.2.2. Evolució anual dels grups de transmissió segons el sexe. Cohort PISCIS, 1998-2006.



a l'augment del percentatge dels HSH així com a la disminució de la via de transmissió parenteral (Figura 5.2.2).

Progressió del VIH

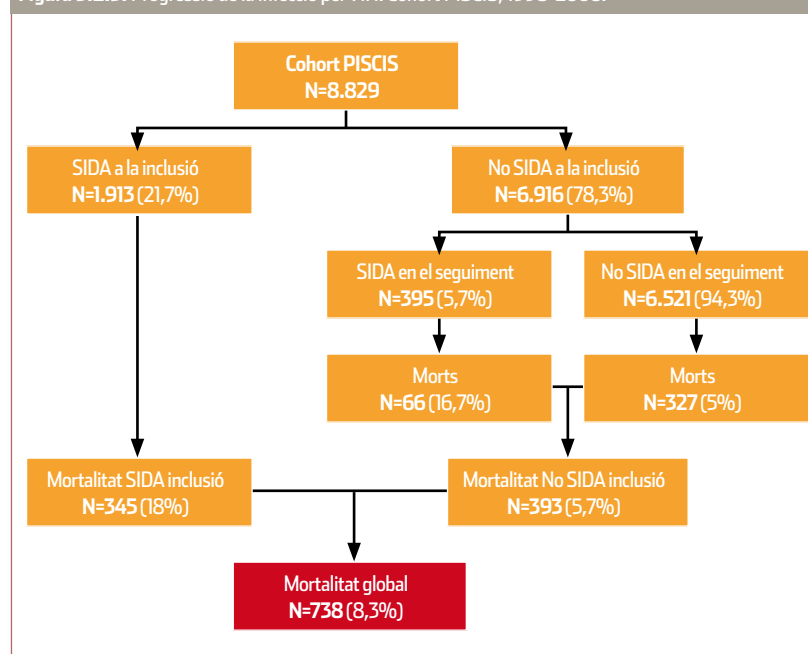
En el context actual dels tractaments antiretrovirals és important conèixer la progressió de la infecció pel VIH al nostre medi, com a mesura per a monitorar l'especificitat dels mateixos. Els estudis de cohorts de persones amb infecció ens permeten determinar la progressió de la malaltia [18]. L'evolució clínica de la infecció pel VIH a sida i/o mort es va determinar en els pacients de la cohort PISCIS per al període 1998-2006 i s'esquematitza a la Figura 5.2.3. D'un total de 8.829 persones incloses en aquesta anàlisi, 1.913 (21,7%) presentaven o havien presentat malaltia indicativa de sida. D'altra banda, 6.916 (78,3%) eren asimptomàtics en el moment de la inclusió a la cohort, entre els quals

La cohort PISCIS recull la informació clínica, epidemiològica i biològica d'aquests pacients durant el seguiment, prospectivament des de l'any 2000, i retrospectivament des de l'any 1998 [16-17]. Fins al desembre de 2006, es varen reclutar 8.833 pacients, dels quals la mitjana de seguiment va ser de 42,3 mesos. Entre aquests s'identificaren 4.620 pacients amb nou diagnòstic de VIH (és a dir, pacients diagnosticats d'infecció pel VIH en els que el temps transcorregut entre el diagnòstic i la inclusió en la cohort va ser inferior a un any). Entre els pacients amb nou diagnòstic, el 76,9% eren homes, el 23,1% eren dones, i l'edat en el moment del diagnòstic va ser superior en els homes (edat mitjana de 38,5 anys) que en les dones (edat mitjana de 35 anys) ($p < 0,0001$).

El grup de transmissió de la infecció més freqüent va ser l'heterosexual (39,2%), seguit del grup d'HSH (33,3%) i els UDVP (21,4%). La Figura 5.2.1 mostra la distribució de la

via probable de transmissió en els homes i les dones. Durant el període d'estudi es varen observar canvis en la distribució de la via probable de transmissió de la infecció en ambdós sexes, amb una tendència progressiva

Figura 5.2.3. Progressió de la infecció pel VIH. Cohort PISCIS, 1998-2006.



395 pacients (5,7%) varen desenvolupar una malaltia definitiva de sida durant el seguiment. Un total de 738 persones (8,3%) van morir durant el període d'estudi, essent la mortalitat més elevada en els que presentaven sida en el moment de la inclusió (18%) respecte els asimptomàtics (5,7%) ($p < 0,0001$).

Tractament de la infecció crònica pel VIH

La introducció dels tractaments anti-retrovirals de gran activitat (TARGA) al 1996 va representar un canvi radical a l'epidèmia de la infecció pel VIH, de manera que actualment ha passat a ser una malaltia crònica. Malgrat els TAR han mostrat la seva gran efectivitat, també impliquen efectes adversos, dificultats amb l'adherència al tractament, aparició de resistències i un cost important. Aquests factors sumats al

gran dinamisme del TAR (aparició de nous fàrmacs, noves posologies que faciliten l'adherència, o noves evidències científiques de pautes més o menys eficaces que fan canviar les recomanacions per al tractament), fan molt necessari que hi hagi un monitoratge de les tendències en la prescripció d'aquests tractaments i una avaluació de la seva adequació a les recomanacions vigents.

Actualment, el TAR amb combinacions de com a mínim tres fàrmacs constitueix el tractament d'elecció de la infecció crònica pel VIH. Un aspecte molt important és establir uns criteris el més adequats possibles del moment d'inici del TAR. La xifra de limfòcits CD4 és el factor de referència més important per a l'inici del TAR en els pacients asimptomàtics, i les recomanacions han anat evolu-

cionant a una tendència més conservadora a l'hora d'iniciar aquests tractaments. Les darreres recomanacions de GESIDA/Plan Nacional Sobre el Sida per iniciar TAR per a la infecció crònica pel VIH en pacients adults [15] són les següents:

1. En el cas que hi hagi simptomatologia (esdeveniments B i C de la classificació del CDC).
2. Si els nivells de limfòcits CD4 són inferiors a 200 cèl·l./ μ l.
3. Quan els nivells es troben entre 200 i 350 es recomana tractar la majoria dels casos, malgrat que es pot diferir en aquells pacients amb nivells de limfòcits CD4 al voltant de 350 i amb càrrega viral plasmàtica (CVP) baixa (aproximadament <20.000 còpies/ml).

Figura 5.2.4. Diferències en el tractament segons les característiques demogràfiques i epidemiològiques. Cohort PISCIS, 1998-2006.

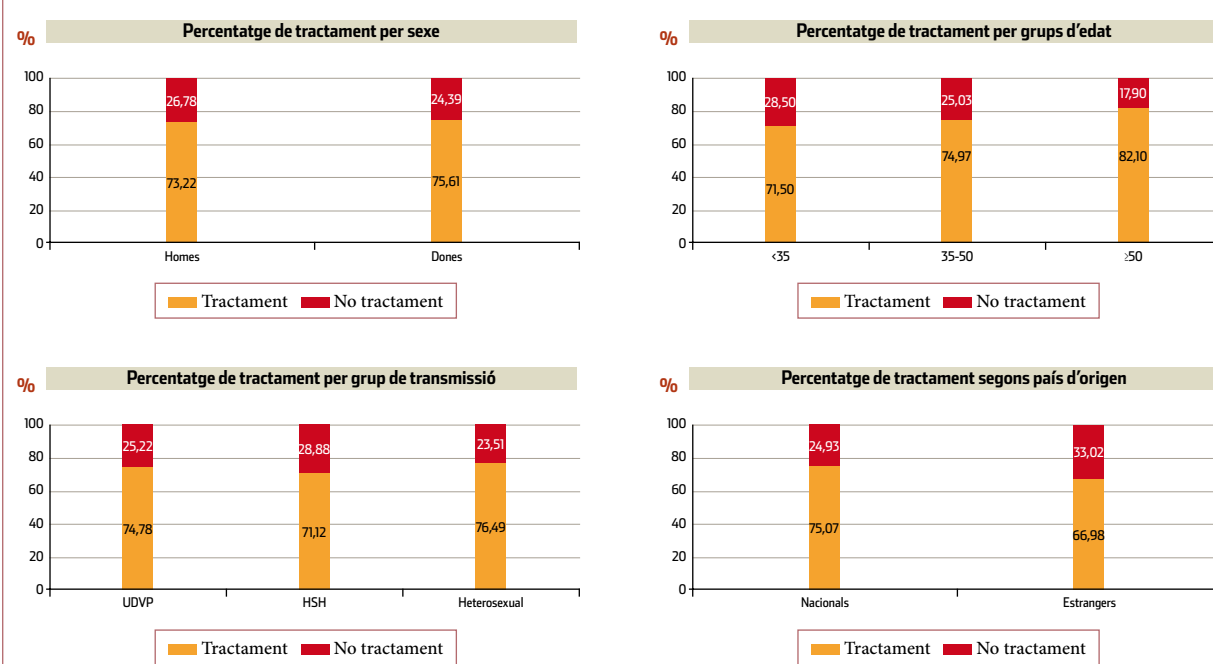
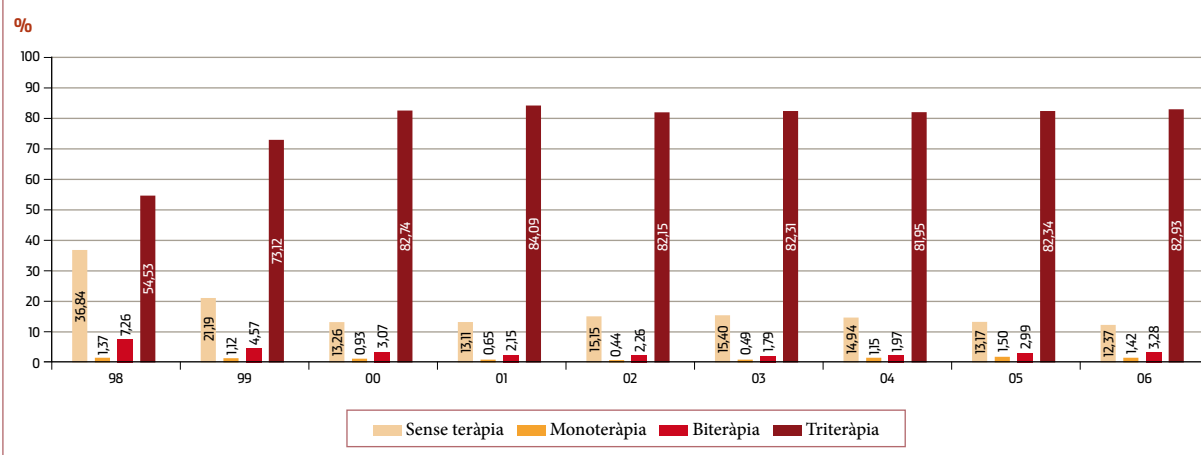


Figura 5.2.5. Prevalença anual del TAR a la cohort PISCIS, 1998-2006.



4. En pacients amb limfòcits CD4 >350 es pot diferir l'inici del TAR.

Aquestes recomanacions són les mateixes que les d'altres guies internacionals o europees [19-21].

Pel que fa a les recomanacions sobre quines combinacions de fàrmacs anti-retrovirals s'han d'utilitzar per a l'inici del TAR, s'ha produït una variació a la darrera actualització de l'any 2004 de GESIDA/Plan Nacional Sobre el Sida respecte a les recomanacions prèvies [22]. Així, es recomana iniciar la teràpia amb 2 inhibidors de la transcriptasa inversa anàlegs de nucleòsids (ITIAN) més 1 o 2 inhibidors de la proteasa (IP), o 2 ITIAN més 1 inhibidor de la transcriptasa inversa no anàlegs de nucleòsids (ITINN). En canvi, les combinacions de 3 ITIAN es recomanen només com alternativa quan no poden utilitzar-se les pautes prèvies, donat que s'han mostrat menys eficaces que les pautes de 2 ITIAN+ 1 ITINN [14].

Entre les variables de les quals es recull el seguiment hi ha el tractament prescrit en cada una de les visites, el nombre i

tipus de visites i els ingressos. Així, s'ha observat que en aquesta cohort hi ha 6.517 pacients (73,7%) que fan o han fet tractament durant el seguiment. Les diferències en els pacients que han iniciat tractament segons les característiques demogràfiques, clíniques i epidemiològiques, es poden observar a la **Figura 5.2.4**. Per descriure l'evolució de la prescripció de tractament antiretroviral s'han realitzat successius talls de prevalença anuals per tipus de tractament prescrit en els pacients seguits en aquesta cohort, analitzats sense tenir en compte les suspensions temporals de tractament, i considerant el primer tractament prescrit en aquell any (**Figura 5.2.5**).

➤ De manera similar al que s'observa en els registres poblacionals de nous diagnòstics de VIH i sida, la via més freqüent de transmissió de la infecció en els pacients inclosos a la cohort PISCIS ha variat en el període d'estudi, amb un increment de les transmissions per via sexual (72,5% l'any 2006).

➤ Un de cada cinc pacients inclosos a la cohort ja havia presentat alguna malaltia definitiva de sida en el moment o abans de la seva inclusió en la cohort. De la resta, el 5,7% varen presentar-la en el període d'estudi.

➤ L'aparició d'una malaltia definitiva de sida prèvia o en el moment d'inclusió en la cohort va ser un clar predictor de mala evolució clínica. Entre aquests pacients la mortalitat observada fou del 18%, per un 8% en el conjunt de la cohort.

➤ El retard en el diagnòstic d'infecció pel VIH es va donar amb més freqüència en homes, majors de 50 anys, de nacionalitat espanyola i que havien adquirit la infecció per via heterosexual. Tot i això, en el darrer any s'observa una disminució notable de la freqüència de retard diagnòstic en aquest darrer grup (43% el 2005, per 29% el 2006).

➤ Pel que fa a la indicació de teràpia ARV, no s'observen diferències en el percentatge de pacients tractats respecte al seu sexe ni la via de transmissió del virus. Tot i això, cal destacar que entre els immigrants aquesta proporció és menor, la qual cosa es pot traduir en dificultats en l'accés a serveis sanitaris i una major vulnerabilitat en aquest grup de població.

➤ La durada del període de l'estudi ens permet observar el procés de generalització de la TARGA (al 54,5% dels pacients inclosos se'ls administrava TARGA l'any 1998, per un 82,9% l'any 2006). Aquesta generalització s'ha acompanyat d'una reducció significativa dels pacients que no estan rebent cap tractament.

5.3. Estudi clínic epidemiològic dels nens i mares exposats al VIH i/o als fàrmacs antiretrovirals (Projecte NENEXP)

El projecte NENEXP (FIPSE 36535/05) és un estudi de cohort multicentre de dones embarassades VIH positives i els seus fills, coordinat pel CEEIS-CAT, que s'inicia al gener de 2000 i que ha comptat amb el suport de FIPSE en successives renovacions (FIPSE 3081/99; FIPSE 36352/02) i ha aportat coneixement sobre l'evolució de la transmissió vertical (TV) del VIH a

Catalunya, així com de l'evolució de la infecció en dones embarassades en els darrers anys. Aquest projecte es realitza de forma paral·lela amb un altre desenvolupat a la comunitat de Madrid (FIPSE 36531/05) [23], amb el qual s'estableixen col·laboracions puntuals.

Els principals objectius del projecte NENEXP són:

1. Determinar i monitorar la taxa de TV del VIH i els seus determinants a Catalunya.
2. Identificar i monitorar l'aparició d'efectes adversos de l'ús d'antiretrovirals en la gestació, part i període neonatal sobre la gestant, fetus i nounat; a curt, mitjà i llarg termini.
3. Descriure el perfil sociodemogràfic de les dones infectades pel VIH que no varen rebre atenció prenatal fins el moment del part.
4. Identificar els factors materns, de la gestació i del nounat relacionats amb l'aparició d'efectes adversos del tractament antiretroviral en els nens exposats durant la gestació, part i les primeres setmanes de vida.

Actualment els hospitals participants són l'Hospital de Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat), Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona), Hospital de la Vall d'Hebrón (Barcelona), Hospital del Mar (Barcelona), Hospital de Mataró (Mataró), Hospital de Granollers (Granollers), Hospital Arnau de Vilanova (Lleida), Hospital Parc Taulí (Sabadell), i durant l'any 2008 s'hi han incorporat l'Hospital Joan XXIII (Tarragona) i l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus. En conjunt, les

unitats obstètriques i pediàtriques d'aquests centres atenen la major part de les gestants infectades pel VIH i els seus fills.

En aquest estudi es recull informació de tots els nounats atesos en els centres participants que hagin estat exposats al VIH i/o a tractament terapèutic o profilàctic amb antiretrovirals durant l'embaràs, el part o els 28 dies posteriors al naixement, així com de les seves respectives mares. Les dades recollides fan referència al tractament antiretroviral i seguiment clínic de l'embaràs i part de les dones infectades pel VIH, així com del tractament antiretroviral (sigui o no profilàctic), el seguiment clínic i analític dels seus fills al llarg del temps. Els controls del nen es fan de manera prospectiva a intervals regulars (naixement, 2 i 6 setmanes, 3, 6, 12, 18 i 24 mesos i posteriorment 1 control cada any), i en ells es recull informació referent a la profilaxi antiretroviral, el seu estat de salut (creixement i malalties) i també als resultats de les proves diagnòstiques de la infecció pel VIH (així com altres dades analítiques i resultats de proves complementàries). Aquí es presenten resultats corresponents als 8 hospitals de Catalunya que participaven a l'estudi fins l'any 2006.

Fins al 31 de desembre de 2006, s'han recollit dades de 537 nens fruit de 525 embarassos de 478 mares a Catalunya, amb 11 casos de bessons i un de trigèmins. Respecte al país d'origen de les mares, el 78% eren espanyoles i, entre les estrangeres, el 47,3% eren de l'Àfrica Subsahariana, 33,8% de Llatinoamèrica, i el 13,4% de països de la Unió Europea. S'han enregistrat 1 mort materna durant els 6 mesos següents després del part, 9 morts entre els nens

–cap d'ells infectat– i 11 casos de transmissió vertical. La taxa de transmissió en el conjunt de nens inclosos va ser del 2,25% (IC 95%: 1,08-3,53), mentre que entre aquells en que la mare coneixia el diagnòstic abans del moment del part, aquesta va ser de l'1,04% (IC 95%: 0,33-2,49). La **Figura 5.3.1** mostra l'evolució de la taxa de TV en els darrers sis anys a Catalunya, en què no s'han observat diferències significatives.

Cal destacar que encara hi ha dones que són diagnosticades de la infecció en el moment del part o posteriorment, i que per tant no han pres cap de les mesures prenatales per prevenir la transmissió del VIH [2,3]. Fins l'any 2006 se'n van enregistrar 13 casos, 5 (38,46%) dels quals van resultar infectats. La **Taula 5.3.1** mostra la distribució dels casos en funció del moment en què es va fer el diagnòstic d'infecció pel VIH.

Es van administrar antiretrovirals durant l'embaràs de 437 dones (92,20%), de les quals el 85% va ser amb TAR-GA [24]. L'edat gestacional mitjana al naixement va ser de 37,43 setmanes, amb un rang interquartílic entre 36,29 i 38,71 setmanes. El 28,6% dels nadons (IC 95%: 24,1-33,4) van néixer abans de les 37 setmanes de gestació (incloent-hi

Taula 5.3.1. Moment de diagnòstic de la infecció pel VIH. Projecte NENEXP, 2000-2006.

Moment del Diagnòstic	Núm. de gestacions	%
Abans de l'embaràs	442	84,2
Primer trimestre	32	6,1
Segon trimestre	28	5,3
Tercer trimestre	6	1,1
Part	4	0,8
Postpart	13	2,5
Total nens	525	100,0

els que són fruit d'embarassos múltiples). En 289 nens (67%) el part es va fer per cesària electiva, en 66 (15%) per cesària durant el transcurs del part, en 75 (18%) per via vaginal [25], sense que es puguin apreciar tendències definides al llarg del període de l'estudi (**Figura 5.3.2**). La profilaxi antiretroviral posterior al part va ser iniciada abans de les 48 hores de vida en 494 nens (92%), i només en 8 casos (1,5%) els nens van rebre lactància materna.

Durant els primers 3 dies de vida es van diagnosticar anomalies congènites a 24 (4,5%) dels nounats inclosos en la cohort. Posteriorment, durant la resta del període de seguiment, es van

diagnosticar un total de 118 anomalies congènites en 77 nens, inclosos els anteriors. Per a la definició d'aquestes anomalies es va seguir la 9a edició de la classificació internacional de malalties. La major part de les anomalies detectades són lleus o bé es corregeixen espontàniament amb el pas del temps. Per grups, les més freqüents són les musculoesquelètiques, les de l'aparell genitourinari i les del tancament septal cardíac. Aquestes troballes no són significativament majors que en la població general, i no difereixen de les descrites en poblacions similars [26-27]. S'han d'interpretar en el context dels controls als quals són sotmesos aquests nens, la qual cosa facilita el diagnòstic d'anomalies que podrien haver passat desapercebudes.

Figura 5.3.1. Evolució de la taxa de TV a Catalunya. Projecte NENEXP, 2000-2006.

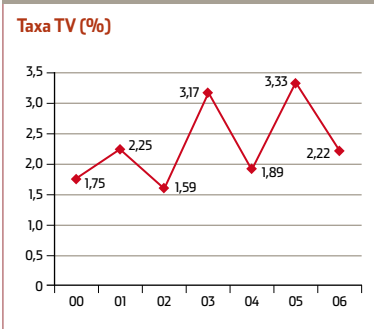
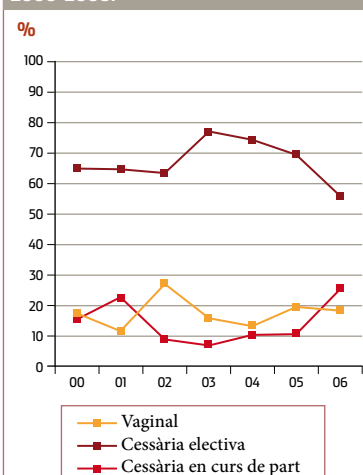


Figura 5.3.2. Evolució de la via de part en els fills de mares VIH positives. Projecte NENEXP, 2000-2006.



➤ Després del descens que va suposar la introducció de la profilaxi antiretroviral durant l'embaràs i la resta de mesures preventives [28], la taxa de transmissió vertical s'ha estabilitzat en els darrers anys, amb un valor al voltant del 2%. Tot i això, amb els recursos disponibles en el nostre medi hi ha encara marge de millora i caldrà per tant mantenir els esforços preventius.

➤ El diagnòstic precoç i l'accés a una correcta atenció prenatal són claus en la prevenció de la transmissió vertical del VIH, donat que la taxa de TV quan no s'ha pres cap mesura es situa al voltant del 38%.

➤ L'arribada de poblacions immigrants procedents de països amb alta prevalença de la infecció pel VIH pot introduir variacions sensibles en l'escenari de la transmissió vertical en el nostre país. Cal dirigir nous esforços a la identificació de poblacions especialment vulnerables i a les intervencions que els garanteixin l'accés a les mesures de prevenció.

➤ Tot i l'extensió de l'ús de TARGA (85%), la cesària electiva (67%) és l'abordatge obstètric més freqüent per a la finalització de la gestació, malgrat que no s'ha demostrat el seu benefici en pacients en tractament i amb un bon control virològic.

➤ Les anomalies congènites trobades als nens exposats a antiretrovirals durant l'embaràs no semblen justificar canvis en les pautes de profilaxi o tractament antiretroviral a la mare, ni per la seva freqüència ni per la seva gravetat.

5.4. Monitoratge de les infeccions recents pel VIH. Projecte AERIVIH, 2003-2005

La descripció de les infeccions recents pel VIH proporciona informació acurada sobre la dinàmica de l'epidèmia del VIH. Donat que els nous diagnòstics del VIH i les estimacions de prevalences poden incloure infeccions que van ocórrer alguns anys abans del diagnòstic; aquestes mesures no reflecteixen la magnitud ni les característiques de les noves infeccions. En canvi, la identificació de les noves infeccions proporciona una estimació més acurada de la dinàmica actual de l'epidèmia, essent aquesta informació més útil per dissenyar estratègies d'intervenció apropiades. Al 1998 es va descriure l'algoritme estandarditzat per recent infectats (STARHS: Sero-

logical Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversion) com una eina per diferenciar les infeccions recents, de menys de 170 dies des de la seroconversió (amb un interval de confiança de 95% de 144 a 200 dies), de les no recents [29]. En aquest mateix any el CDC va presentar a la Food and Drug Administration (FDA) un protocol de desenvolupament de noves aplicacions de fàrmacs (New Drug application) amb la referència FDA BB-IND # 8193. Aquest protocol incorpora un programa de control de qualitat internacional en el qual el nostre grup ha estat participant des de l'any 2000, amb resultats satisfactoris.

El CEEISCAT, amb el suport del Servei de Microbiologia de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, coordina el projecte AERIVIH. En aquest estudi s'utilitza la tècnica STARHS anteriorment descrita per identificar els recent infectats entre els nous diagnòstics

Figura 5.4.1. Algoritme per a la identificació de mostres amb infecció recent.

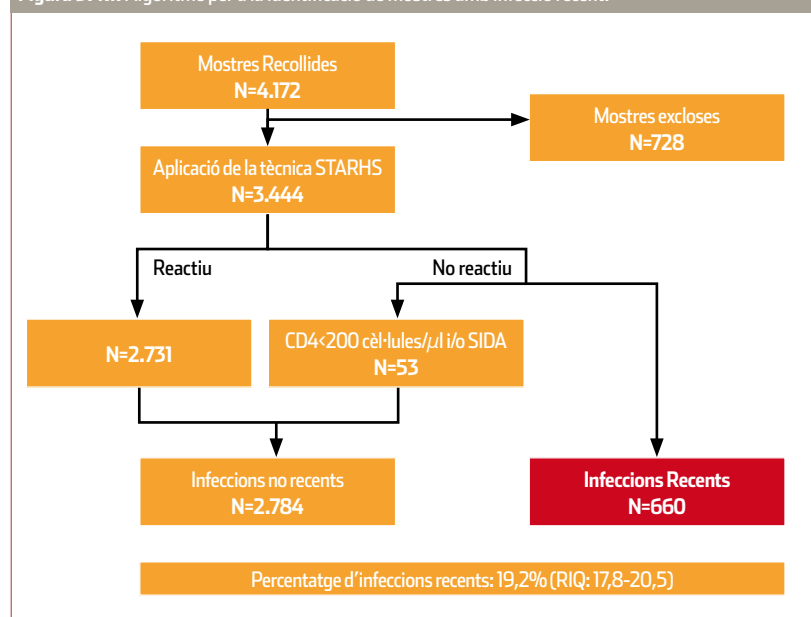
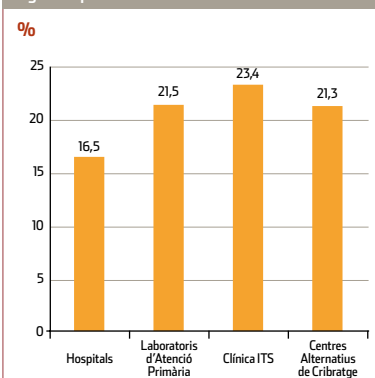
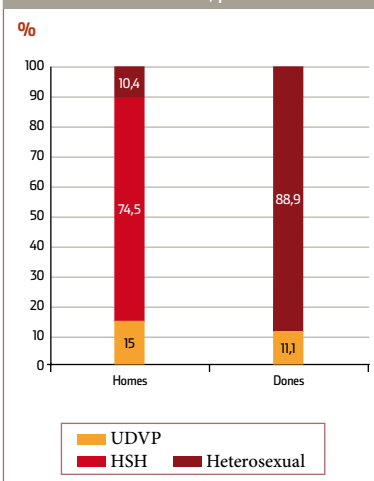
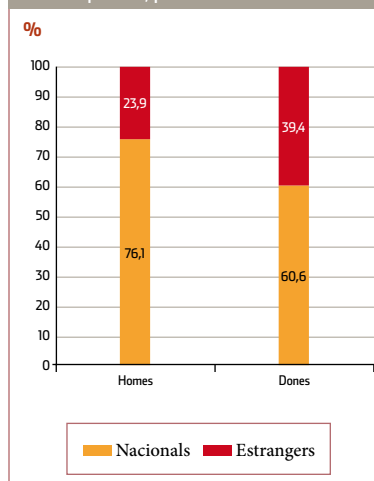


Figura 5.4.2. Percentatge d'infeccions recents segons tipus de centre.**Taula 5.4.1.** Característiques de les persones amb Infecció Recent pel VIH. (N=660)

	N (%)
Sexe (N=639)	
Homes	510 (79,8)
Origen (N=426)	
Nacionals	313 (73,5)
Estrangers	113 (26,5)
Sud Amèrica	55 (48,7)
Europa Occidental i Central	18 (15,9)
Orient Mitjà i Nord d'Àfrica	11 (9,7)
Àfrica Sub-Sahariana	10 (8,9)
Europa Oriental i Àsia Central	8 (7,1)
Carib	7 (6,2)
Altres	4 (3,5)
Edat * (N=544)	32,9
<30	225 (36,1)
30 - 40	274 (44,0)
40 - 50	93 (14,9)
>50	31 (5,0)
Grup de transmissió (N=389)	
HSB	243 (62,5)
Heterosexual	90 (23,1)
UDVP	56 (14,4)
Infeccions de Transmissió Sexual ** (N=274)	109 (38,8)
Sífilis	52 (47,7)
Gonocòccia	10 (9,2)
Herpes	5 (4,67)
Clamídia	3 (2,8)
Altres/No especificades	39 (35,8)

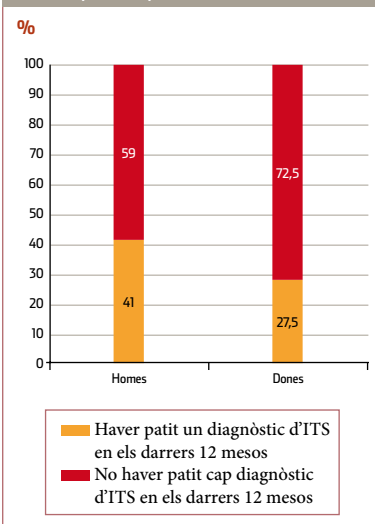
*Mitjana; ** Haver patit una ITS en els darrers 12 mesos.

Figura 5.4.3. Vies de transmissió del VIH en els casos d'infecció recent, per sexes.**Figura 5.4.4.** País d'origen dels recent infectats pel VIH, per sexes.

d'infecció pel VIH. Les mostres analitzades són nous diagnòstics coneguts de VIH, durant el període de temps del 2003 al 2005, provinents de laboratoris d'atenció primària, hospitalaris, centres de cribatge alternatius i una clínica de malalties de transmissió sexual (projecte núm. 022010, Fundació Marató TV3). En total són 35 centres participants; dels quals, 29 estan situats a Catalunya, 3 a Madrid, 1 a Andalusia, 1 a La Rioja i 1 al País Basc. En el període 2003-2005 s'han recollit un total de 4.172 mostres, de les quals 728 no complien els criteris d'inclusió i han estat excloses de l'estudi. De les 3.444 mostres incloses, 713 han estat classificades com a infeccions recents per la tècnica. Després de revisar les històries clíniques d'aquests 713 casos, 53 s'han confirmat com a infeccions no recents, ja que presenten valors de CD4 inferiors a cèl·lules/µl i/o criteris clínics de sida. Per tant, el nombre d'infeccions recents ha estat de 660, essent el percentatge global d'infeccions recents del 19,2% (Figura 5.4.1). Aquest percentatge és similar al resultat publicat en un estudi realitzat a 10 ciutats dels Estats Units [30].

L'origen de les mostres analitzades ha estat el següent: 50,2% (N=1.728) dels hospitals, 37,3% (N=1.285) dels centres d'atenció primària, 10,2% (N=351) de la clínica d'infeccions de transmissió sexual i 2,3% (N=80) dels centres de cribatge alternatius. El percentatge d'infeccions recents varia en funció del tipus de centre (Figura 5.4.2): 16,5% (CI 95%: 15,3-17,7) als hospitals, 21,5% (CI 95%: 20,1-22,9) als centres d'atenció primària, 23,4% (CI 95%: 22-24,8) a la clínica d'ITS i 21,3% (CI 95%: 19,9-22,7) als centres de cribatge alternatius. Les característiques dels individus amb infecció recent es descriuen a la Taula 5.4.1. La majoria són homes (79,8%), l'edat mitjana és 33,1, i el principal grup de transmissió en els homes és el HSB (74,5%) i el HTS en les dones (88,9%) (Figura 5.4.3). Coneixem l'origen de 426 recent infectats, en els homes el 23,9% són immigrants, i a les dones el 39,4% (Figura 5.4.4), principalment de Sud Amèrica (48,7%). Es va recollir la data d'arribada a l'Estat espanyol en 71 casos, i 67 (94%) havien arribat a l'Estat espanyol més de 6 mesos abans del moment del diagnòstic

Figura 5.4.5. Prevalença d'ITS entre els recent infectats pel VIH, per sexes.



per VIH (mitjana de temps d'arribada: 39 mesos, RIQ: 21-60). D'altra banda, entre els recent infectats, un 41% dels homes i un 27,5% de les dones havien tingut com a mínim un antecedent d'ITS en els 12 mesos previs al diagnòstic de VIH (Figura 5.4.5).

➤ Aquest estudi ha demostrat que la implementació del STARHS en el nostre medi és factible, les dades preliminars n'han mostrat la seva utilitat, i per això ja s'ha introduït associat a la cohort PISCIS de manera sistemàtica en el Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la Sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES).

➤ Els resultats de l'estudi remarquen característiques epidemiològiques importants de la infecció local del VIH, com ara l'actual propagació del VIH entre el col·lectiu d'HSH, el paper de les infeccions de trans-

missió sexual entre les noves infeccions de VIH, i la vulnerabilitat dels immigrants com una nova població diana.

5.5. Monitoratge de les resistències al tractament antiretroviral

Des de fa pocs anys, l'extensió de l'ús del TARGA i l'augment de la supervivència dels pacients que el reben fa que la transmissió de soques VIH resistents es doni amb més facilitat. Així, les resistències primàries (resistències transmeses) han esdevingut un problema rellevant de salut pública. La vigilància activa de les resistències primàries proporciona informació important sobre els factors involucrats en la transmissió de soques VIH resistents i en la selecció dels components del TARGA. La prevalença de virus VIH-1 resistents en infeccions agudes o recents en Europa varia del 10% [31] al 21% [32]. A l'Estat espanyol, hi ha alguns estudis multicentre [33] amb uns pocs pacients per centre, i no hi ha estudis previs a Catalunya.

Al nostre país, igual que a d'altres països d'Europa occidental i Amèrica del nord, el subtipus de VIH-1 més prevalent ha estat el B, tot i que articles recents han descrit una progressió ràpida dels altres subtipus [34]. Aquest fet és resultat de moviments poblacionals, com la immigració, els viatges internacionals i el contacte

sexual amb individus infectats en països on altres subtipus no B són altament prevalents. El coneixement de la prevalença de subtipus no B en el nostre medi permetrà estimar quins poden ser els problemes potencials en emprar tests diagnòstics i mesures de càrrega viral validats per a subtipus B. Així mateix, donada l'alta taxa de polimorfismes en el gen de la proteasa en els subtipus no B, associats a resistències a l'inhibidor de la proteasa, cal destacar la possibilitat de que la susceptibilitat a aquests fàrmacs es vegi reduïda [34].

Els objectius secundaris d'aquest projecte són: la determinació de les resistències primàries als fàrmacs antiretrovirals i la descripció dels subtipus de VIH entre els recent infectats. Aquest projecte s'ha realitzat amb la col·laboració de la Fundació IrsiCaixa i l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, que han realitzat el genotipat de les mostres.

S'han genotipat un total de 200 mostres provinents del projecte AERIVIH (2003-2005). Els criteris d'inclusió han estat els següents: mostres amb resultat discordant en l'elisa dual, corresponents a pacients sense tractament antiretroviral previ i amb estadiatge diferent a sida. Fins al moment s'han analitzat 153 seqüències, i durant els propers mesos es disposarà dels resultats preliminars.

En el context de la cohort PISCIS i associat al monitoratge de les infeccions recents (vegeu apartat 5.4), s'han estudiat les característiques genotípiques dels nous contagis, com una aproximació per monitorar les resistències als ARV circulants.

Bibliografia

- [1] *Recomendaciones de la SPNS/GE-SIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños* [en línea]. Madrid: Gesida, gener 2008. [Consulta: 17 maig 2008]. Disponible a: <http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida_dcyr200801_profilaxispostexposicion.pdf>
- [2] Tsai CC, Emau P, Follis KE, Beck TW, Benveniste RE, Bischofberger N, et al. Effectiveness of post inoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *J Virol*. 1998;72(5):4265-73.
- [3] Otten RA, Smith DK, Adams DR, Pullium JK, Jackson E, Kim CN, et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *J Virol*. 2000;74(20):9771-5.
- [4] Connor EM, Sperling RS, Gelberg R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med*. 1994;331(18):1173-80.
- [5] Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers of Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med*. 1997;337(21):1485-90.
- [6] Kahn JO, Martin JN, Roland ME, Bamberger JD, Chesney M, Chambers D, et al. Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug exposure: the San Francisco PEP Study. *J Infect Dis*. 2001;183(5):707-14.
- [7] Katz MH, Schwarcz SK, Kellogg TA, Klausner JD, Dilley JW, Gibson SK, et al. Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco. *Am J Public Health*. 2002;92(3):388-94.
- [8] CEEISCAT. *European project on non occupational post exposure prophylaxis for HIV (EURO-NONOPEP)* [en línea]. [s.l.]: Fundació per a la Recerca Biomedica Germans Trias i Pujol, 2000. [Consulta: 25 maig 2008]. Disponible a: <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/com_diseases/comdiseases_project_2000_sum_en.htm>.
- [9] Vives N, Almeda J, Contreras C, García F, Campins M, Casabona J; Grupo de estudio NONOPEP. Demanda y prescripción de la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH en España, 2001-2005. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008 [En premsa].
- [10] Jaén A, Casabona J, Esteve A, Miró J, Tural C, Ferrer E, et al.; Grupo de estudio PISCIS. ¿Cuándo iniciar el tratamiento antiretroviral de alta actividad? Adecuación a las guías de tratamiento en pacientes con infección por el VIH en función de su estado inmunológico y virológico previo al inicio de la terapia. Cohorte PISCIS [abstract]. XXII Reunión Científica Anual de la Sociedad Española de Epidemiología. Càceres, 27-29 Octubre 2004.
- [11] Esteve A, Jaén A, Casabona J, Miró JM, Riera M, Ferrer E, et al; Grupo de estudio PISCIS. Long-term immunological reconstitution (4 years) in Spanish HIV-infected patients on HAART in the PISCIS cohort Study. [Abstract K-168 selected for the Poster Discussion session 13: "Antiretroviral Therapy: Long-Term Immunologic Outcomes"]. 12th Conference of on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston (Estats Units), 22-25 Febrer 2005.
- [12] Jaén A, Casabona J, Esteve A, Miró J, Tural C, Ferrer E, et al.; Grupo de estudio PISCIS. Características clínicoepidemiológicas y tendencias en el tratamiento antirretroviral de una cohorte de seroprevalentes para el VIH. Proyecto PISCIS. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(14):525-31.
- [13] Ferrer E, Podzamczar D, Ruiz I, Esteve A, Miro JM, Jaén A, et al; Grupo de estudio PISCIS. Immune reconstitution in patients initiating HAART with CD4<200 cells/μl [abstract]. 3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Rio de Janeiro (Brasil), 24-27 Juliol 2005.
- [14] Esteve A, Montoliu A, Jaén A, Miró JM, Tural C, Podzamczar D, et al.; Grupo de estudio PISCIS. Cuando iniciar tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Aplicación de métodos que ajustan por el lead-time en la cohorte PISCIS [abstract]. XXIII Reunión Sociedad Española de Epidemiología. Canàries, 1-5 Novembre 2005.
- [15] Granell M, Jaén A, Casabona J, Miró JM, Riera M, Tural C, et al.; Grupo de estudio PISCIS. Factores asociados al inicio del tratamiento antiretroviral durante el primer año de seguimiento en pacientes con infección por VIH. Cohorte PISCIS [abstract]. XXIII Reunión Sociedad Española de Epidemiología. Canarias, 1-5 Novembre 2005.
- [16] Jaén A, Casabona J, Miró JM, Gatell JM, Tural C, Podzamczar D, et al.; Grupo de estudio PISCIS. Clinical-epidemiological trends and patterns of antiretroviral therapy among HIV+ patients. PISCIS Cohort, Spain. [Abstract n°862]. 11th Conference of

Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco (Estats Units), 8-11 Febrer 2004.

[17] Jaén A, Casabona J, Esteve A, Miró J, Tural C, Ferrer E, et al.; Grupo de estudio PISCIS. Características clínico-epidemiológicas y tendencias en el tratamiento antirretroviral de una cohorte de seroprevalentes para el VIH. Proyecto PISCIS. Med Clin (Barc). 2005;124(14):525-31.

[18] Egger M, Hirschel B, Francioli P, Sudre P, Wirz M, Flepp M, et al. Impact of new antiretroviral combination therapies in HIV infected patients in Switzerland: prospective multicentre study. Br Med J. 1997;315(7117):1194-1199.

[19] *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents* [en línea]. Estats Units: Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS), octubre 2005. [Consulta: 1 març 2008]. Disponible a: <<http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>>

[20] Yeni PG, Hammer SM, Carpenter CC, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, et al. Antiretroviral treatment for adult HIV infection in 2002. Updated recommendations of the International AIDS Society-USA panel. JAMA. 2002;288(2):22-235.

[21] British HIV Association. British HIV Association (BHIVA) guidelines for the treatment of HIV-infected adults with antiretroviral therapy. HIV Med. 2001;2(4):276-313.

[22] Rubio R, Berenguer J, Miró JM, Antela A, Iribarren JA, González J, et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan nacional sobre el sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en el año 2002. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002;20(6):244-303.

[23] Solís I, Muñoz E, Ramos JT, González MI, Rojano X, Almeda J et al. Características maternas en una cohorte de gestantes con infección por el VIH-1. Med Clin (Barc). 2006;127(4):121-5.

[24] Noguera A, Masip J; Grup d'Estudi NENEXP. La transmissió vertical del virus de la immunodeficiència humana (VIH) a Catalunya : estudi prospectiu multicèntric de 8 anys. 15ª Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria. Berga (Barcelona), 16 i 17 Maig 2008.

[25] Masip J, Fortuny C, Soler P, Noguera A, Murillo M, Sánchez E, et al; Grup d'Estudi NENEXP. Aplicación de las medidas preventivas de la Transmisión Vertical del VIH en Cataluña. 10º Congreso Nacional sobre el SIDA/SEISIDA. Barcelona, 6-8 Juny 2007.

[26] Bermejo E, Cuevas L, Mendioroz J, Martínez ML. Anomalías Congénitas en España : vigilancia epidemiológica en el último cuarto de siglo (1980- 2004) [en línea]. Boletín del ECEMC: Revista española de dismorfología y epidemiología. 2006;5(5):62-87. [Consulta: 25 maig 2008]. Disponible a: <http://lis.isciii.es/mono/pdf/CIAC_05.pdf>.

[27] Watts DH, Li D, Handelsman E, Tilson H, Paul M, Foca M, et al. Assessment of birth defects according to maternal therapy among infants in the Women and Infants Transmission Study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;44(3):299-305 .

[28] Rojano X, Almeda J, Sánchez E, Fortuny C, Bertrán JM, Mur A, et al; Grupo d'Estudi NENEXP. Evolución de la transmisión vertical del VIH en Cataluña durante el período 1987-2003. Med Clin (Bar). 2007;129(13):487-493.

[29] Janssen RS, Satten GA, Stramer SL, Rawal BD, O'Brien TR, Weiblen BJ, et al. New testing strategy to de-

tect early HIV-1 infection for use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. JAMA. 1998;280(1):42-8.

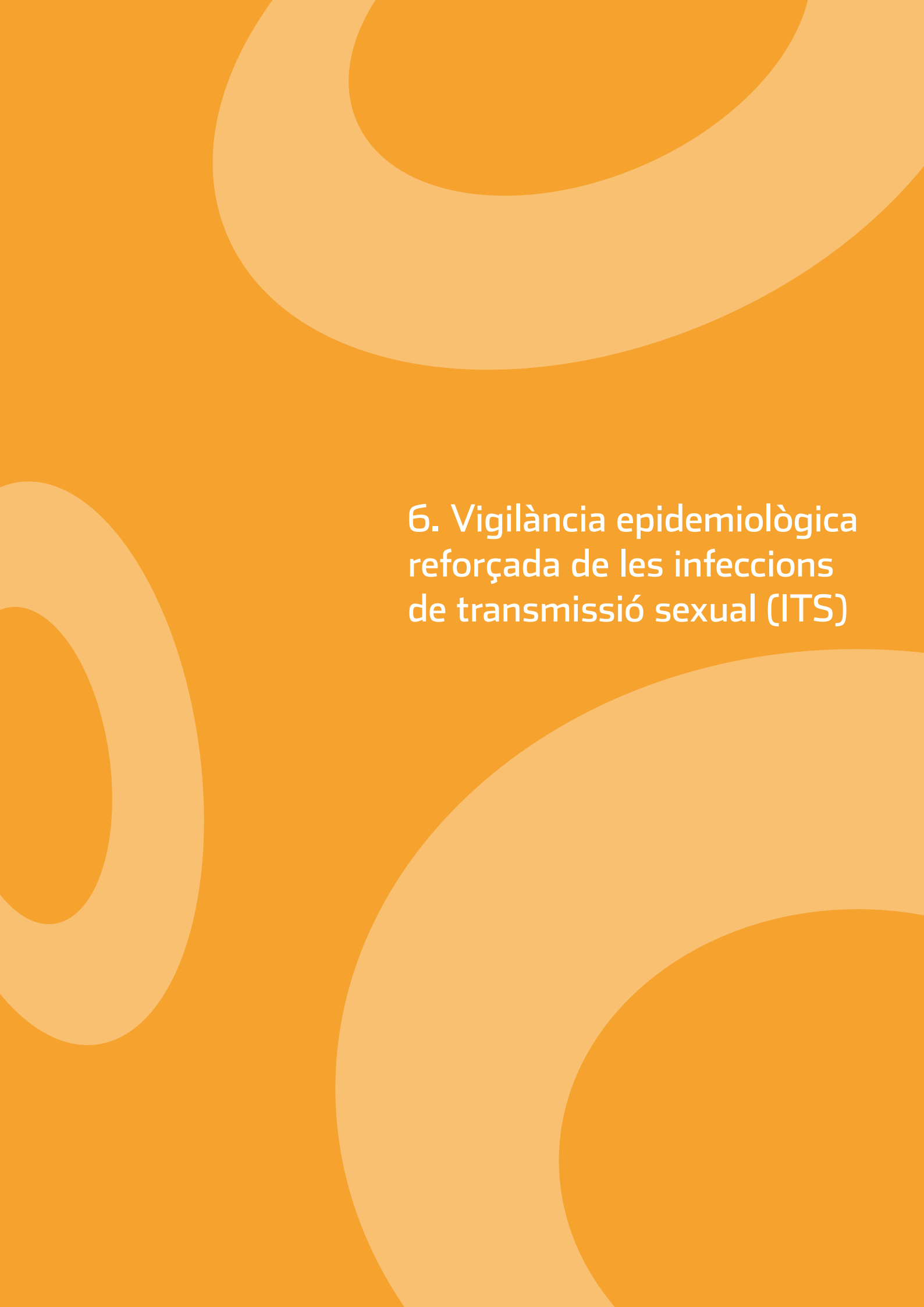
[30] Schwarcz S, Weinstock H, Louie B, Kellogg T, Douglas J, Lalota M, et al. Characteristics of persons with recently acquired HIV infection : application of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion in 10 US cities. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;44(1):112-5.

[31] Wensing AM, van de Vijver DA, Angarano G, Asjo B, Balotta C, Boeri E, et al. Prevalence of drug-resistant HIV-1 variants in untreated individuals in Europe: implications for clinical management. J Infect Dis 2005;192(6):958-966.

[32] UK Collaborative Group on Monitoring the Transmission of HIV Drug Resistance. HIV drug in the United Kingdom. Commun Dis Rep CDR Wkly. 2003;13:10-15.

[33] de Mendoza C, Rodriguez C, Eiros JM, Colomina J, Garcia F, Leiva P, et al. Antiretroviral recommendations may influence the rate of transmission of drug-resistant HIV type 1. Clin Infect Dis. 2005;41(2):227-232.

[34] Lospitao E, Alvarez A, Soriano V, Holguín A. HIV-1 subtypes in Spain: a retrospective analysis from 1995 to 2003. HIV Med. 2005;6(5):313-20.



6. Vigilància epidemiològica reforçada de les infeccions de transmissió sexual (ITS)

6.1. Situació global

Amb motiu del recent canvi en el patró i l'epidemiologia de les infeccions de transmissió sexual (ITS) i la seva relació amb l'epidèmia del VIH tant a nivell mundial com a la Unió Europea, els darrers anys ha augmentat la rellevància d'aquestes patologies com a problema de salut pública. Les principals raons han estat la seva elevada morbiditat entre la població jove, població en edat reproductiva i nadons, a més de les seqüeles importants que aquestes patologies tenen, com la infertilitat, el càncer, la incapacitat prolongada, o fins i tot la mort [1-5].

A la Unió Europea i països occidentals pren especial importància en poblacions més vulnerables de joves menors de 25 anys, homes que tenen sexe amb homes, estrangers o nouvinguts, persones VIH-positives i dones en edat reproductiva, entre altres. Des de finals de la dècada del 1990 i principis de la dècada de 2000, es detecta un augment en les notificacions de la infecció per gonococ, sífilis i clamídia, així com de brots de sífilis, limfogranuloma veneri (LGV), hepatitis A i shigel·losi, especialment en homes que tenen sexe amb homes. A més d'aquests brots es suma l'increment de coinfeccions d'aquestes patologies amb el VIH per via sexual [6]. En l'àmbit europeu, l'Estat espanyol queda en 4a posició respecte als casos de sífilis, 7è per la gonocòccia i 16è per la clamídia [1-12] (**Taula 6.1.1**).

Aquestes dades prenen importància dins la UE per la interrelació entre països, població afectada, tipus de

Taula 6.1.1. Països amb més casos estimats d'ITS. Europa, 2004. OMS, 2005.

Posicions	Sífilis	Gonocòccia	Chlamydia
1	Ucraïna	Regne Unit i Nord Irlanda	Suècia
2	República de Moldàvia	Ucraïna	Dinamarca
3	Regne Unit i Nord Irlanda	Azerbaidjan	Noruega
4	Espanya	República de Moldàvia	Suïssa
5	Geòrgia	República Txeca	Armènia
6	República Txeca	Geòrgia	República de Moldàvia
7	Letònia	Espanya	Islàndia
8	Lituània	Armènia	Bèlgica
9	Bèlgica	Suïssa	Sèrbia i Montenegro
10	Azerbaidjan	Suècia	Azerbaidjan

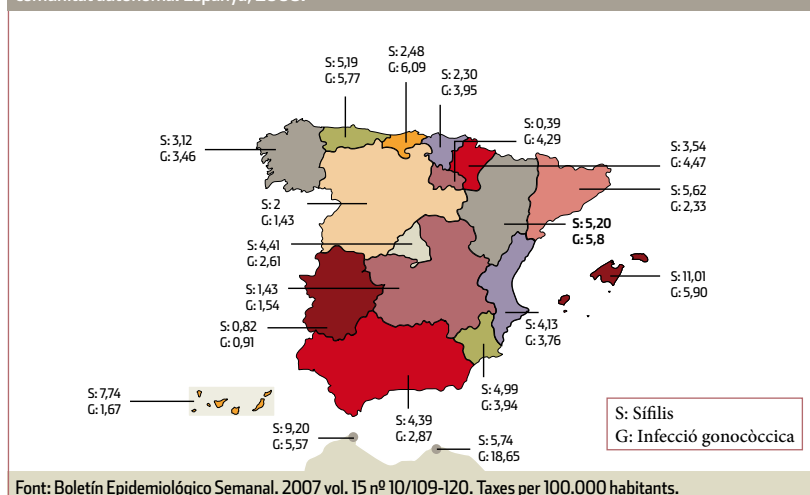
Chlamydia: Espanya en 16a posició.

xarxes sexuals i llocs on es propaga, així com per l'aparició de resistències a tractaments i variants de difícil detecció diagnòstica, a més de la seva relació amb la infecció pel VIH [8-9]. En conseqüència s'han començat a prendre mesures pels diversos països europeus mitjançant actuacions en salut pública, reforçament de la vigilància, monitoratge i control de les ITS. Així mateix a nivell de la UE s'ha començat a unificar criteris i a realitzar alertes, comunicats, publi-

cacions, informes a través de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) i l'European Surveillance of Sexually Transmitted (ESSTI) [2,3,7,8,9,11].

Al igual que la resta d'Europa, a l'Estat espanyol la tendència d'increment dels darrers anys en les ITS de declaració obligatòria es manté de manera sostinguda per la sífilis amb un increment del 27,3% respecte l'any 2005 i passa d'una taxa anual de 1,77 casos

Figura 6.1.1. Taxes (x 1.000.000 hab.) dels casos acumulats de les ITS de declaració obligatòria per comunitat autònoma. Espanya, 2006.

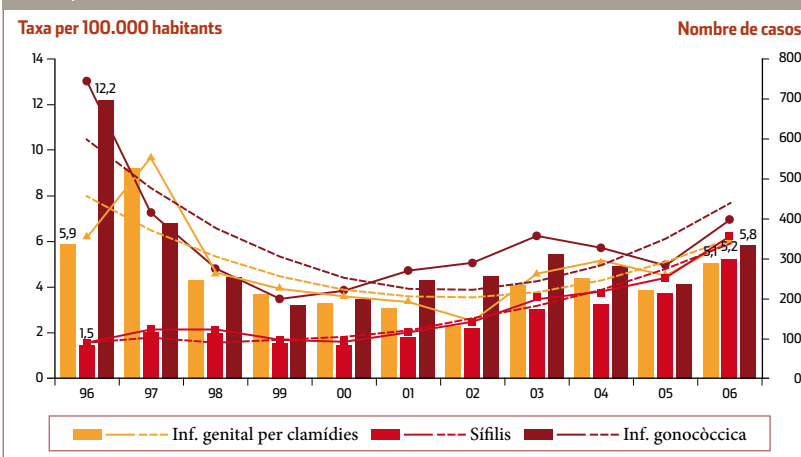


per 100.000 habitants a l'any 2001 a una taxa de 4,31 a l'any 2006. La taxa de gonocòccia també augmenta de manera important respecte al darrer any amb un 23,2% d'increment, i passa de 2,04 casos per 100.000 habitants l'any 2001 a una taxa de 3,59 l'any 2006. A més, s'han declarat 18 casos de sífilis congènita, xifra que l'any 2001 era de 8 casos. Les comunitats autònomes més afectades per les ITS són les Illes Balears, Ceuta, Canàries i Catalunya pel que fa a la sífilis i les comunitats de Melilla, Catalunya, Ceuta, i Cantàbria per la gonocòccia [13] (Figura 6.1.1).

6.2. Morbiditat de les ITS a partir dels sistemes d'informació formals de vigilància epidemiològica de Catalunya

Fins ara, la vigilància epidemiològica de les ITS a Catalunya s'ha basat en la informació obtinguda a partir dels tres sistemes d'informació: el Registre de Malalties de Declaració Obligatòria (MDO), el Sistema de notificació microbiològica i el Registre de les ITS de Catalunya. Amb la finalitat d'aconseguir una millor coordinació en la resposta als problemes de salut associats a les infeccions de transmissió sexual, a partir del Decret 445/2004, de 30 de novembre, el CEEISCAT passà a concentrar la informació epidemiològica relativa a les ITS a Catalunya [14-15]. L'any 2006, mitjançant el Decret 391/2006 de 17 d'octubre es modifica el circuit de notificació de les malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics

Figura 6.2.1. Distribució anual, taxes d'incidència i tendències de les ITS de declaració obligatòria, Catalunya, 1996-2006.



al Departament de Salut, concretament considerant la sífilis, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri com objecte de declaració obligatòria individualitzada i la infecció genital per clamídies, per tricomonos, per herpes genital, per papil·lomavirus humà (sols condilomes) i per altres ITS com objecte de notificació numèrica setmanal [16].

6.2.1. Registre de Malalties de Declaració Obligatòria (MDO)

El Registre de les MDO es basa en la declaració setmanal numèrica o individualitzada per part del personal sanitari quan es presenta un pacient amb indicis clínics o sospita d'alguna de les ITS que són de declaració obligatòria, d'acord amb els criteris que s'han definit per a cada MDO. Fins l'any 2006, les ITS de declaració obligatòria es notificaven de manera numèrica per: la sífilis, gonocòccia, infecció genital per clamídia, oftàlmia neonatal i l'agregat d'altres ITS. En el cas de la sífilis congènita, es declarava de manera individual. Les

declaracions es remeten dels metges declarants a les seccions d'epidemiologia dels serveis territorials, unitats de vigilància epidemiològica i a l'Agència de Salut Pública de Barcelona pel cas de Barcelona ciutat, i finalment al CEEISCAT.

L'any 2006, les principals ITS sotmeses a la vigilància epidemiològica a Catalunya es mantenen amb la tendència de l'augment sostingut observat els darrers cinc anys (Taula 6.2.1 i Figura 6.2.1). Aquest augment sostingut s'observa a l'Estat Espanyol i altres sistemes d'informació complementaris com són les notificacions de les ITS al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya i el Registre de les Infeccions de Transmissió Sexual de Catalunya [12,13].

La sífilis continua amb xifres ascendants des de l'any 2001 amb un increment del 39,6% respecte el 2005 per a un total de 356 casos declarats (taxa 5,2 per 100.000 hab. Índex Epidèmic Acumulat (IEA) 1,76). En el cas de la gonocòccia continua l'increment en un 40,3%, amb un total de 397 casos

Taula 6.2.1. Freqüència i taxes (x 100.000 hab.)* de casos acumulats de les ITS de declaració obligatòria per any. Catalunya, 1996-2006.

Any	Inf. genital per clamídies		Sífilis		Gonocòccia		Altres ITS		Oftalmia neonatal		Sífilis congènita	
	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa
1996	358	5,9	91	1,5	743	12,2	6.314	103,7	8	14,7	0	0,0
1997	557	9,2	124	2,0	416	6,8	5.347	87,8	13	22,9	0	0,0
1998	264	4,3	121	2,0	273	4,4	4.944	80,4	16	28,3	0	0,0
1999	229	3,7	97	1,6	199	3,2	4.615	74,4	8	13,5	0	0,0
2000	209	3,3	92	1,5	220	3,5	3.782	60,5	15	23,6	0	0,0
2001	196	3,1	117	1,8	270	4,3	3.395	53,5	7	10,8	0	0,0
2002	146	2,3	142	2,2	290	4,5	3.406	53,1	6	8,8	0	0,0
2003	268	4,1	202	3,1	356	5,4	3.972	60,5	5	6,9	0	0,0
2004	295	4,4	219	3,3	325	4,9	3.572	53,3	5	6,5	0	0,0
2005	265	3,9	255	3,7	283	4,2	3.725	54,6	8	10,1	0	0,0
2006	347	5,1	356	5,2	397	5,8	4.620	67,8	24	29,2	1	1,2
% canvi 2005-2006	30,9		39,6		40,3		24,0		200,0		-	
% canvi 2001-2006	77,0		204,3		47,0		36,1		242,9		-	
IEA 2006	1,31		1,76		1,37		1,29		4,0		-	

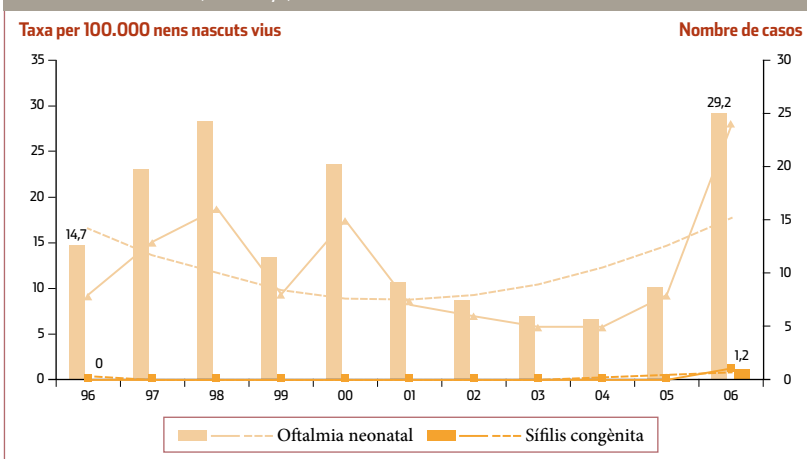
Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria.

* Taxes calculades per 100.000 habitants a partir de les *Projeccions de població calculades a partir del cens de l'any 2001 per Catalunya i de les Estimacions entre censos 1991 i 2001 per Catalunya*, Institut Nacional d'Estadístiques (INE).

(taxa 5,8 per 100.000 hab., IEA = 1,37) i una tendència d'augment des de l'any 2000. La infecció genital per clamídia es una altra de les ITS més freqüents a Catalunya, amb una tendència a l'augment més recent des de l'any 2003 i un increment del 30,9% respecte l'any 2005, amb un total de 347 casos declarats (taxa 5,1 per 100.000 hab., IEA=1,31). Pel que fa a l'agregat d'altres ITS, s'han declarat un total de 4.620 casos per un increment del 24% i una taxa del 67,8 per 100.000 hab. i IEA= 1,29 (Taula 6.2.1 i Figura 6.2.1).

És important destacar l'augment a partir del darrer any en les declaracions de les ITS de transmissió vertical (transmissió de la mare al nadó). La incidència d'oftalmia neonatal incrementa de manera important en un 200% respecte al darrer any 2005 amb un total de 24 casos i una taxa de 29,2 casos per 100.000 nadons i IEA 4. Pel que fa a la

Figura 6.2.2. Distribució anual, taxes d'incidència i tendències de les ITS de declaració obligatòria de transmissió mare a nadó, Catalunya, 1996-2006.

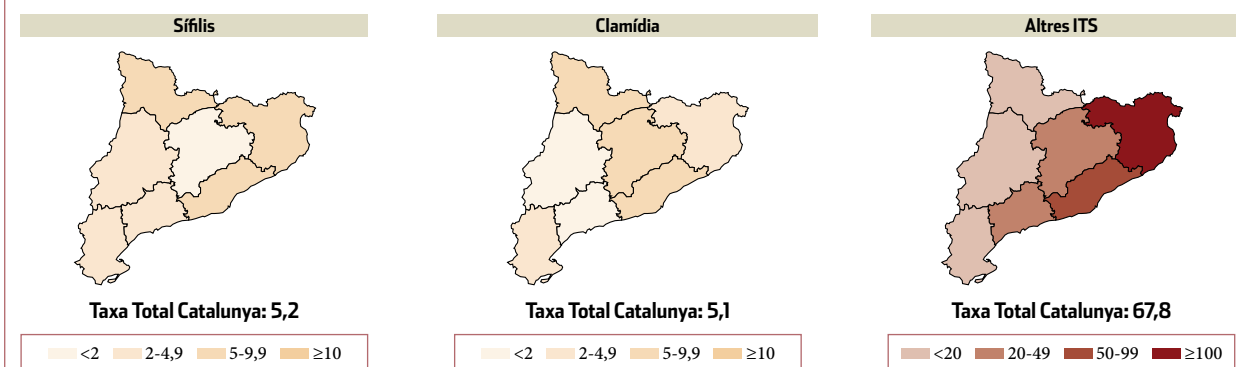


sífilis congènita, s'han declarat 3 casos sospitosos dels quals es va confirmar només 1 cas al Registre MDO durant l'any 2006, increment que s'havia començat a observar dins el SNMC (Taula 6.2.1 i Figura 6.2.2).

Les regions sanitàries més afectades per les ITS aquest any van ésser,

Girona, Alt Pirineu-Aran i Barcelona. Les regions amb taxes més elevades per cada ITS sotmesa a vigilància son: per la sífilis –Girona (7,4), Alt Pirineu-Aran (7) i Barcelona (5,6), per la gonocòccia –Girona (12,5) i Lleida (11), per la infecció genital per clamídia –Alt Pirineu-Aran (8,4), Catalunya Central (8,3) i

Figura 6.2.3. Distribució de casos notificats d'ITS de declaració obligatòria per regió sanitària. Catalunya, 2006.



Taula 6.2.2. Freqüència i taxes (x 100.000 hab.)* de casos notificats de les ITS de declaració obligatòria per any i regió sanitària. Catalunya, 2006.

Regió Sanitària	Inf. genital per clamídies		Sífilis		Gonocòccia		Altres ITS		Oftalmia neonatal		Sífilis congènita	
	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa
Terres de l'Ebre	4	2,6	6	3,6	6	3,6	26	15,4	1	57,2	0	0,0
Camp de Tarragona	3	0,5	13	2,4	28	5,5	138	25,0	0	0,0	0	0,0
Barcelona	264	5,6	260	5,5	41	0,9	2.846	58,8	12	21,7	0	0,0
Girona	28	4,2	50	7,4	84	12,5	1.384	205,5	6	72,7	1	12,1
Catalunya Central	40	8,3	9	1,9	16	3,3	149	31,0	5	87,8	0	0,0
Lleida	2	0,6	13	3,9	37	11,0	67	19,9	0	0,0	0	0,0
Alt Pirineu i Arán	6	8,4	5	7,0	3	4,2	10	13,9	0	0,0	0	0,0
Total Catalunya	347	5,1	356	5,2	397	5,8	4.620	67,8	24	29,2	1	1,2

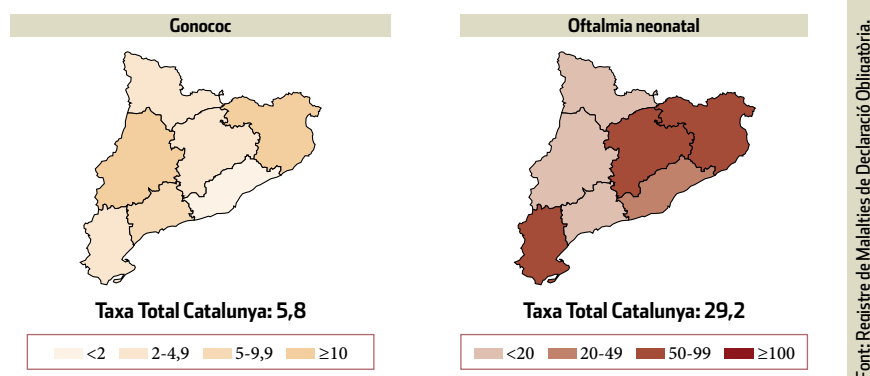
Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria.

* Taxes calculades per 100.000 habitants a partir de les *Projeccions de població calculades a partir del cens de l'any 2001* per Catalunya i de les *Estimacions entre censos 1991 i 2001* per Catalunya, Institut Nacional d'Estadístiques (INE).

Taula 6.2.3. Freqüència de casos notificats d'ITS de declaració obligatòria per quatrissetmana epidemiològica. Catalunya, 2006.

Setmanes	Clamídia	Sífilis	Gonocòccia	Altres ITS*	Oftalmia neonatal	Sífilis congènita
	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.
1-4	26	29	14	308	0	0
5-8	21	35	30	352	1	0
9-12	42	21	40	366	7	0
13-16	11	23	25	307	4	0
17-20	23	33	32	339	1	0
21-24	19	34	17	364	4	0
25-28	41	25	61	399	2	1
29-32	27	36	39	429	0	0
33-36	37	23	34	373	0	0
37-40	21	25	35	352	2	0
41-44	44	22	23	380	0	0
45-48	19	30	29	340	1	0
49-52	16	20	18	309	2	0
Total	347	356	397	4.620	24	1

Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. / * Hi ha dos casos amb setmana epidemiològica desconeguda.



Barcelona (5,6), per l'agregat d'altres ITS- Girona (205,5), per la oftàlmia neonatal- Catalunya Central (87,8), Girona (72,7) i Terres de l'Ebre (57,2) i per la sífilis congènita- Girona (36,3) (**Taula 6.2.2 i Figura 6.2.3**).

La tendència temporal d'aquestes infeccions des del començament de la epidèmia del sida fins a principis de la dècada del 2000 va ésser a la disminució, excepte per a la sífilis, que es mantenia amb taxes baixes i estables durant la dècada del 1990 fins a principis de la dècada del 2000 (**Taula 6.2.1 i Figura 6.2.1**). Seguint l'evolució durant

els darrers cinc anys es pot emfatitzar el canvi en el patró d'aquestes infeccions amb augments sostinguts durant el període del 2001-2006 per totes les ITS, amb increments d'un 204,3% per la sífilis, 77% per la infecció genital per clamídies, 47% per la gonocòccia, 36,1% per l'agregat d'altres ITS i 242,9% per l'oftàlmia neonatal (**Taula 6.2.1**). Pel que fa a la distribució per setmana epidemiològica durant l'any 2006, no s'observen canvis en el patró estacional en les ITS notificades, excepte per l'augment de casos notificats per la gonocòccia a les setmanes 25-28 (**Taula 6.2.3 i Figura 6.2.4**).

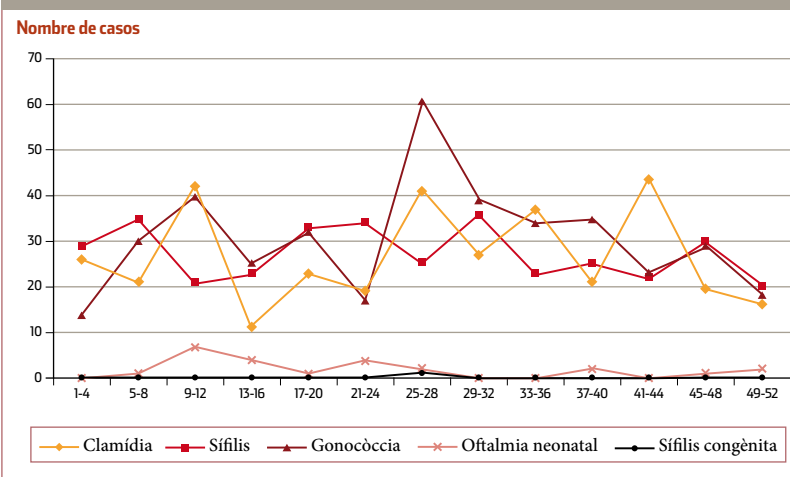
6.2.2. Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC)

El Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya es fonamenta en la recollida d'informació microbiològica dels diagnòstics etiològics seleccionats, que són notificats de manera voluntària per diversos laboratoris hospitalaris i de referència. Actualment, declaren al sistema un total de 33 laboratoris hospitalaris de diverses àrees geogràfiques de Catalunya. Els microorganismes notificats a la fitxa de les ITS són: *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis*, *Haemophilus ducreyi*, virus de l'Herpes simple (VHS 1/2) i *Chlamydia trachomatis*. La informació es recull per part dels laboratoris participants i és tramesa al CEEISCAT a partir de l'any 2005.

L'any 2006 s'han notificat un total de 1.140 declaracions d'episodis d'agents etiològics per les ITS on el 53,1% d'aquestes corresponen al *T. pallidum*, 19,5% a la *N. gonorrhoeae*, 14,9% a la *T. vaginalis*, 10,7% al virus per l'H. simple, i 1,7% a *C. trachomatis* (**Taules 6.2.4, 6.2.5 i Figura 6.2.5**). S'observa un increment respecte el darrer any 2005 del 47,3%, augmentant de manera més important per la *N. gonorrhoeae* (111,4%), el *T. pallidum* (67,4%) i les *T. vaginalis* (46,6%) (**Figures 6.2.6 i 6.2.7**). Els grups d'edat més afectats per les ITS sotmeses a notificació es troben en la franja d'edat de 25-44 anys (58,2%), 45-64 (19,8%), i 15-24 (14,5%) (**Taula 6.2.6 i Figura 6.2.8**).

A més, s'ha continuat observant un augment en els casos notificats de persones joves l'any 2006. Pel que fa

Figura 6.2.4. Distribució de les ITS de declaració obligatòria per quatrasetmana, any 2006.



Taula 6.2.4. Freqüència anual de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC), 1996-2006.

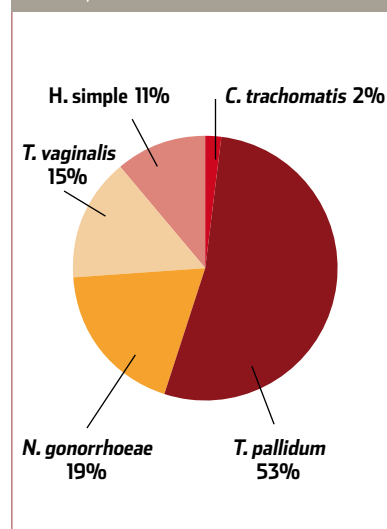
Any	<i>C. trachomatis</i>		<i>T. pallidum</i>		<i>N. gonorrhoeae</i>		<i>T. vaginalis</i>		H. simple		<i>H. ducreyi</i> *		Total	
	Freq.	% canvi	Freq.	% canvi	Freq.	% canvi	Freq.	% canvi	Freq.	% canvi	Freq.	% canvi	Freq.	% canvi
1996	30	-14,3	86	-27,1	35	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	151	-15,2
1997	58	93,3	63	-26,7	27	-22,9	118	—	0	0,0	0	0,0	266	76,2
1998	43	-25,9	76	20,6	41	51,9	131	11,0	0	0,0	0	0,0	291	9,4
1999	26	-39,5	81	6,6	61	48,8	148	13,0	7	—	0	0,0	323	11,0
2000	32	23,1	51	-37,0	67	9,8	141	-4,7	52	642,9	0	0,0	343	6,2
2001	27	-15,6	75	47,1	87	29,9	168	19,1	28	-46,2	1	—	386	12,5
2002	14	-48,1	96	28,0	47	-46,0	87	-48,2	26	-7,1	0	0,0	270	-30,1
2003	30	114,3	90	-6,3	68	44,7	141	62,1	57	119,2	0	0,0	386	43,0
2004	21	-30,0	239	165,6	102	50,0	145	2,8	109	91,2	0	0,0	616	59,6
2005	24	14,3	362	51,5	105	2,9	116	-20,0	167	53,2	0	0,0	774	25,6
2006	20	-16,7	606	67,4	222	111,4	170	46,6	122	-26,9	0	0,0	1.140	47,3
% canvi 2005-2006	-16,7		67,4		111,4		46,6		-26,9		0		47,3	
% canvi 2001-2006	-25,9		708,0		155,2		1,2		335,7		0		195,3	

Font: Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC). / * No hi ha cap cas per l'*Haemophilus ducreyi* durant els anys 2002-2006.

Taula 6.2.5. Freqüència de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya, per quatrasetmana, 2006.

Setmanes	<i>C. trachomatis</i>	<i>T. pallidum</i>	<i>N. gonorrhoeae</i>	<i>T. vaginalis</i>	H. simple
	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.	Freq.
1-4	1	41	14	13	12
5-8	0	54	19	17	9
9-12	2	45	14	17	16
13-16	3	28	23	15	6
17-20	2	71	15	12	8
21-24	3	35	11	18	13
25-28	3	64	10	15	4
29-32	3	39	16	11	13
33-36	1	47	17	11	11
37-40	1	36	19	15	5
41-44	0	52	20	7	10
45-48	1	44	26	16	9
49-52	0	30	18	3	6
Total	20	606	222	170	122

Figura 6.2.5. Distribució de les ITS declarades al SNMC, 2006.



Taula 6.2.6. Distribució de les ITS declarades al SNMC per grup d'edat, 2006.

Grup d'edat	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		<i>Chlamydia trachomatis</i>		<i>Treponema pallidum</i>		<i>Trichomonas vaginalis</i>		Herpes simple	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<15	0	0	1	5,0	6	1,7	0	0,0	1	0,8
15-24	49	22,8	9	45,0	36	6,2	32	18,8	34	28,3
25-44	137	63,7	8	40,0	343	59,1	93	54,7	62	51,7
45-64	26	12,1	2	10,0	133	22,9	40	23,5	18	15,0
65+	2	0,9	0	0,0	58	10,0	5	2,9	4	3,3
Total	215	100,0	20	100,0	580	100,0	170	100,0	120	100,0

Font: Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC).

Figura 6.2.6. Distribució de les ITS declarades al SNMC per quatri-setmana, 2006.

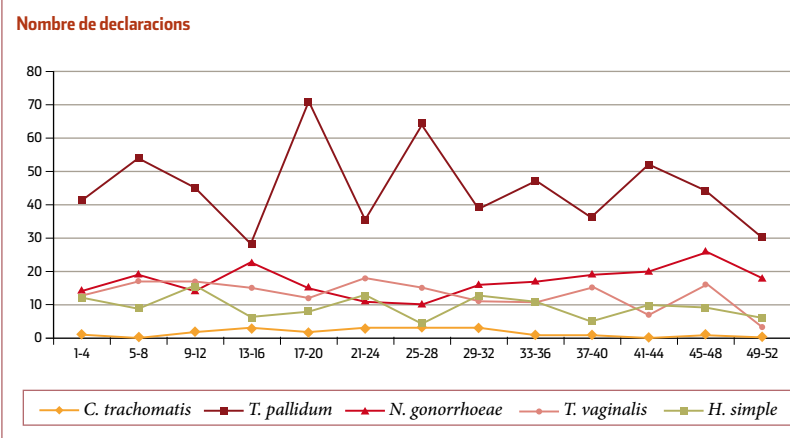


Figura 6.2.7. Distribució anual de les ITS declarades al SNMC, 1996-2006.

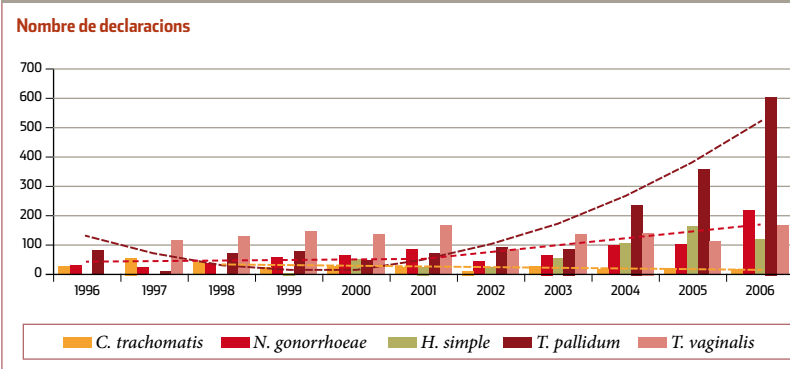
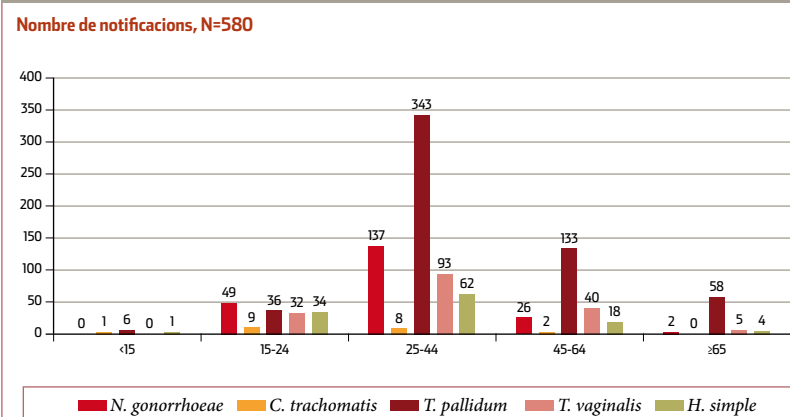


Figura 6.2.8. Distribució de les ITS declarades al SNMC per grup d'edat, 2006.



a la *N. gonorrhoeae*, es van notificar 105 soques, dels quals 5,7% van ser β -lactamasa positiu, 30,5% β -lactamasa negatiu i en el 63,8% no constava cap resultat.

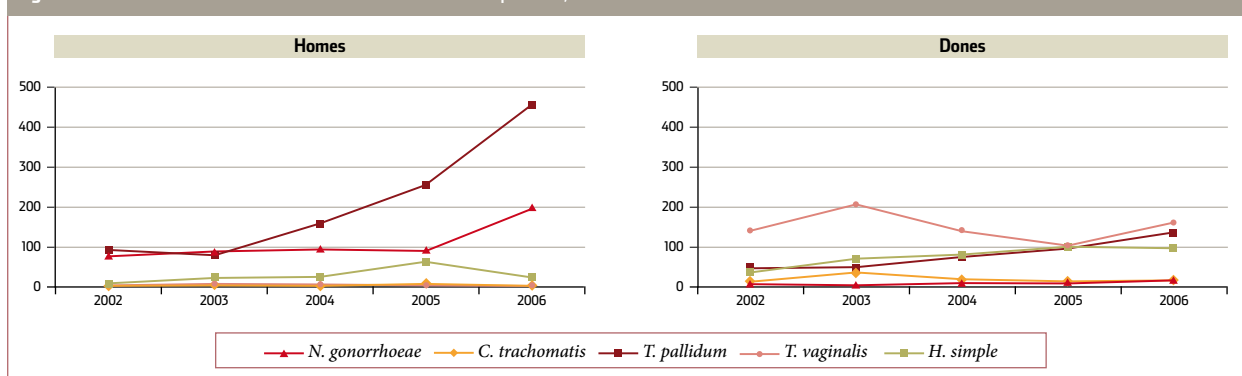
Del total de 1.140 declaracions, 425 (37,3%) corresponen a les dones amb una mitjana d'edat de 32 anys (DE: 15,6 anys), amb més notificacions pel que fa a les *T. vaginalis* (37,6%), seguit pel *T. pallidum*, (32%), i per l'Herpes simple (22,6%). Els grups d'edat més afectats són: de 25-44 anys (52%), seguit pel grup de joves de 15-24 anys (22,9%), 45-64 (17,8%) i majors de 65 anys (5,3%). En comparació amb el darrer any s'observa un increment del 103,5% en les ITS en detriment d'un augment en les notificacions del *T. pallidum*, les *T. vaginalis* i del virus H. Simple (Figura 6.2.9).

Els grups d'edat amb més notificacions per cada agent etiològic són els següents:

- *C. trachomatis*: joves <25 anys i 25-44 anys
- *N. gonorrhoeae*: 25-44 anys seguit per les joves <25 anys
- Herpes simple: 25-44 seguit per les joves <25 anys
- *T. pallidum*: majoritàriament a les de 25-44 anys
- *T. vaginalis*: majoritàriament a les de 25-44 anys

Pel que fa als homes, del total de declaracions rebudes durant l'any 2006, 688 (60,4%) corresponen als homes amb una mitjana d'edat de 37 anys (DE: 13,8 anys) majoritàriament afectats pel *T. pallidum* (66,9%), *N. gonorrhoeae* (28,6%), Herpes simple (3,6%), *T. vaginalis* (0,6%) i *C. trac-*

Figura 6.2.9. Distribució anual de les ITS declarades al SNMC per sexe, 2002-2006.



homatis (0,3%). Els grups d'edat més afectats són: de 25-44 anys (62%), seguit pel grup de 45-64 (21,3%), joves <25 anys (9,2%), i majors de 65 anys (6,8%). També s'observa un increment del 175,4% en les ITS als homes, quan es compara amb l'any 2005, majoritàriament per l'augment en les notificacions pel *T. pallidum*, la *N. gonorrhoeae* i pel virus de l'H. simple (Figura 6.2.9).

Els grups d'edat amb més notificacions per cada agent etiològic es la següent:

- *C. trachomatis*: joves <25 anys i 25-44 anys
- *N. gonorrhoeae*: majoritàriament als de 25-44 anys, seguit pels joves <25
- Herpes simple: majoritàriament als de 25-44 seguit per 45-64 anys
- *T. pallidum*: majoritàriament als de 25-44 anys, seguit per 45-64 anys
- *T. vaginalis*: majoritàriament als de 45-64 anys

Durant l'any 2006 es van a notificar un total de 7 declaracions microbiològiques de ITS de transmissió vertical (transmissió de la mare al nadó). D'aquest total, 6 van ser pel *T. pallidum* i una notificació per la

C. trachomatis. Aquesta informació del SNMC es important per la investigació i confirmació de la sífilis congènita.

L'evolució temporal observada durant els darrers cinc anys (2001-2006) va ésser d'augment amb increments globals del 195,3% i del 708% pel *T. pallidum*, del 335,7% per l'H. simple, i del 155,2% per la *N. gonorrhoeae* (Taula 6.2.4). Cal comentar la variabilitat en la notificació de la *C. trachomatis* per a la qual resulta difícil establir patrons durant aquest període i l'augment en la notificació del *T. pallidum*.

6.2.3. Registre de Malalties de Transmissió Sexual de Catalunya (a partir de maig de 2007 Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual (RITS))

Inicialment, a aquest registre hi participaven tres unitats funcionals d'UITs que pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS), localitzades a les ciutats de Barcelona, Girona i Tarragona. Als darrers anys, només la UITs de la SAPS Les Drassanes de Barcelona i la del CAP II del Tarragona-

nès de Tarragona es mantenen com unitats funcionals.

Els professionals sanitaris d'aquestes UITs realitzen el diagnòstic, tractament i control de les ITS, així com l'estudi de contactes i l'educació sanitària dels pacients. La informació epidemiològica es recull de manera passiva a través d'una enquesta que es realitza a cada pacient amb diagnòstic d'ITS o altres diagnòstics relacionats, com la vaginosi o la candidiasi en la dona. Els criteris per a la realització de l'enquesta varien segons cada ITS. L'enquesta comprèn dades demogràfiques, de comportament sexual i ús de drogues, de les ITS diagnosticades i dels altres diagnòstics relacionats. A continuació, es descriuen les característiques de les infeccions que han estat declarades per cada una de les UITs durant l'any 2006.

A la UITs de la SAPS Les Drassanes de Barcelona (Taula 6.2.7), es van diagnosticar durant el 2006 un total de 887 episodis d'ITS, la majoria dels quals (639, el 72%) es van detectar en homes (248 en homes heterossexuals 384 en HSH) la resta en dones (248, el 28%). La mitjana d'edat va ser major en els homes amb 32,4 anys i

Taula 6.2.7. Distribució de les ITS* en els pacients atesos a la UITS, SAPS Drassanes-Barcelona segons el sexe i l'orientació sexual en els homes, 2006.

ITS	Homes**			Dones	Total
	Heterosexual	HSH	Sense especificar		
	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)
Sífilis 1a i 2a	8 (3,2)	100 (26,0)	2 (28,6)	2 (0,8)	112 (12,6)
Sífilis latent	8 (3,2)	55 (14,3)	0	7 (2,8)	70 (7,9)
Gonocòccia	25 (10,0)	76 (19,8)	2 (28,6)	7 (2,8)	110 (12,4)
Infecció genital per <i>C. trachomatis</i>	30 (12,0)	20 (5,2)	0	22 (8,9)	72 (8,1)
Vaginosi bacteriana	–	–	–	62 (25,0)	62 (7,0)
Uretritis/cervicitis inespecífica	18 (7,2)	10 (2,6)	0	3 (1,2)	31 (3,5)
Tricomonosi	–	–	–	5 (2,0)	5 (0,6)
Candidiasi genital	5 (2,0)	2 (0,5)	0	23 (9,3)	30 (3,4)
Condilomes acuminats	94 (37,8)	90 (23,4)	1 (14,3)	82 (33,1)	267 (30,1)
Herpes genital	25 (10,0)	12 (3,1)	1 (14,3)	18 (7,3)	56 (6,3)
Mol·lusc contagiós	23 (9,2)	5 (1,3)	0	11 (4,4)	39 (4,4)
Hepatitis B	3 (1,2)	9 (2,3)	0	1 (0,4)	13 (1,5)
Escabiosi	9 (3,6)	1 (0,3)	0	0	10 (1,1)
Pediculosi	0	3 (0,8)	0	0	3 (0,3)
Altres	0	1 (0,3)	1 (14,3)	5 (2,0)	7 (0,8)
Total	248 (100,0)	384 (100,0)	7 (100,0)	248 (100,0)	887 (100,0)

Font: Registre de les Malalties de Transmissió Sexual (RMTS). / * No es comptabilitza la infecció pel VIH. / ** En 7 casos es desconeix l'orientació sexual.

de 28,6 anys per a les dones. Aquesta població es distribueix en un 54,6% heterosexual i 45,4% HSH i un 10% en TS. Pel que fa a la procedència, la majoria dels homes són espanyols (55%) mentre que les dones provenen el 37% de l'Estat espanyol i altre 37% de l'Amèrica Llatina. Les ITS més freqüents en les dones igualment que en els homes heterosexuals van ser els condilomes acuminats, seguits per la vaginosi bacteriana (dones), infecció genital per *Chlamydia trachomatis*, gonocòccia (homes) i per l'herpes genital, mentre que en els HSH la ITS més diagnosticada, va ser la sífilis infecciosa (1a i 2a), seguit pels condilomes acuminats, la gonocòccia i la sífilis latent.

Durant el 2006, a la UITS del CAP II del Tarragonès de Tarragona (Taules 6.2.8 i 6.2.9) es van diagnosticar 205

episodis d'incidents d'ITS, la majoria en dones (175, el 85%). La mitjana d'edat va ser similar per sexe amb 28,7 pels homes i 28 anys per a les dones. Aquesta població es bàsicament heterosexual (97%) amb pràctiques de treball sexual (65%). Pel que fa a la procedència, la majoria dels homes són espanyols (58%), mentre que les dones provenen el 47% de l'Amèrica Llatina i el 28% de l'Europa de l'Est. Les ITS diagnosticades amb més freqüència en els homes van ser els condilomes acuminats i mol·lusc contagiós, mentre que en les dones foren les infeccions genitals per *Chlamydia trachomatis*.

Finalment, la distribució temporal dels nous casos notificats durant el període 1992-2006, els quals inclouen les UITS Les Drassanes, UITS Tarragonès, Suport Especialitzat

Girona, C.E. Güell (1992-1996 i 2002-2004), i Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (1992, 1994 i 1995), mostra una evolució estable en la sífilis fins a l'any 2000, moment en què sorgeix un increment continu fins al 2006. En el cas de la gonocòccia, apareix un patró d'augment sostingut a partir de 1996 fins al 2000, moment en què comença a estabilitzar-se fins el 2003, quan comença una altra vegada una tendència a l'augment, i per la infecció genital per clamídia, després dels increments de 1994 i de 1999, que es va estabilitzar fins que a partir de 2000 comença la tendència a augmentar i continua aquest patró durant el 2005 i baixa el 2006 (Figura 6.2.10).

En referència a les infeccions víriques, els condilomes acuminats han presentat des de 1998 una ten-

Taula 6.2.8. Característiques demogràfiques i de conducta dels pacients enquestats a la UITSCAP II Tarragonès-Tarragona, 2006.

	Homes N=27 (18)	Dones N=123 (82)	Total N=150
Mitjana edat (anys)	28,7 (DE: 9,9)	28 (DE: 9,7)	28,1 (DE: 9,8)
	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)
Nivell d'instrucció			
Sense estudis	0	3 (2,5)	3 (2,0)
Estudis primaris	12 (44,4)	105 (86,8)	117 (79,1)
Estudis secundaris	5 (18,5)	9 (7,4)	14 (9,5)
Estudis superiors	10 (37,0)	4 (3,3)	14 (9,5)
No consta	0	2	2
Procedència			
Espanya	15 (57,7)	24 (19,5)	39 (26,2)
Europa occidental	0	0	0
Europa de l'Est	3 (11,5)	34 (27,6)	37 (24,8)
Llatinoamèrica	5 (19,2)	58 (47,2)	63 (42,3)
Nord d'Àfrica	1 (3,8)	3 (2,4)	4 (2,7)
Àfrica subsahariana	2 (7,7)	3 (2,4)	5 (3,4)
Nord Amèrica	0	1 (0,8)	1 (0,7)
Sud i Sudest d'Àsia	0	0	0
Altres	0	0	0
No consta	1	0	1
Orientació sexual			
Heterosexual	21 (77,8)	123 (100)	144 (96,0)
HSH	6 (22,2)	0	6 (4,0)
No consta	0	0	0
Treball sexual			
Exercici TS	2 (7,4)	96 (78,0)	98 (65,3)
Usuari de TS	2 (7,4)	0	2 (1,3)
Ús de drogues			
UDVP i EX UDVP	0	3 (2,4)	3 (2,0)

Font: Registre de les Malalties de Transmissió Sexual (RMTS).

dència a l'augment fins al 2006. Pel que fa a l'herpes genital, ha mostrat una tendència estable amb un descens lleuger en els últims dos anys (Figura 6.2.11).

Durant l'any 2006, el Registre de Malalties de Transmissió Sexual, passa a denominar-se Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual de Catalunya (RITS), amb l'expansió dels àmbits de declaració, afegint a més de les UITSC una xarxa de professionals sanitaris sentinel·les d'atenció primària en ITS (XSITSCAT) compostat per metges de família, professionals del Centres o Programes d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR) i laboratoris d'atenció primària, i a més d'Unitats específiques de Medicina Tropical i Internacional.

Per aquest nou registre s'ha incorporat un sistema amb un instrument de recopilació d'informació homogeni en entorn web amb un mínim comú de dades (MCD) pel monitoratge de les ITS/VIH a poblacions específiques i sentinel·les, millorant d'aquesta manera la informació recopilada per les diferents fonts (Figura 6.2.12).

Figura 6.2.10. Distribució de la sífilis 1a i 2a, de la gonocòccia, de la infecció genital per clamídies i de les tricomonos. RMTS, 1996-2006.

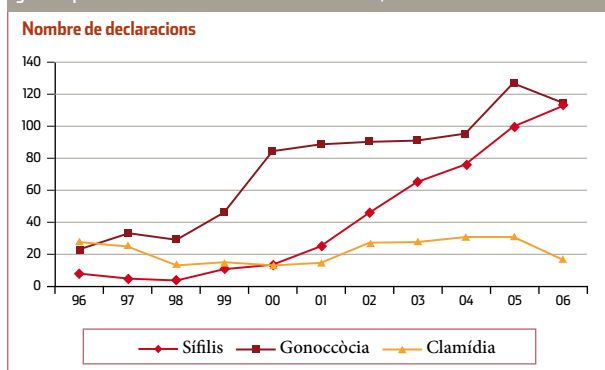
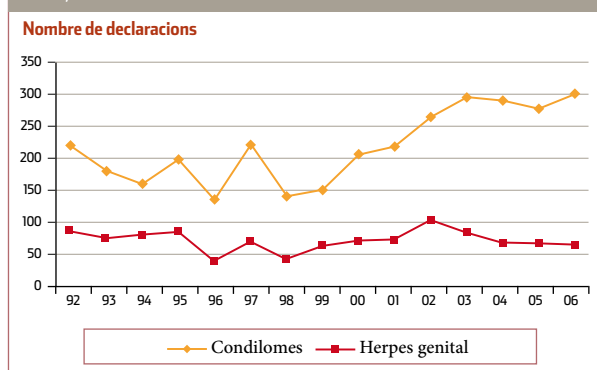


Figura 6.2.11. Distribució dels condilomes acuminats i herpes genital. RMTS, 1992-2006.

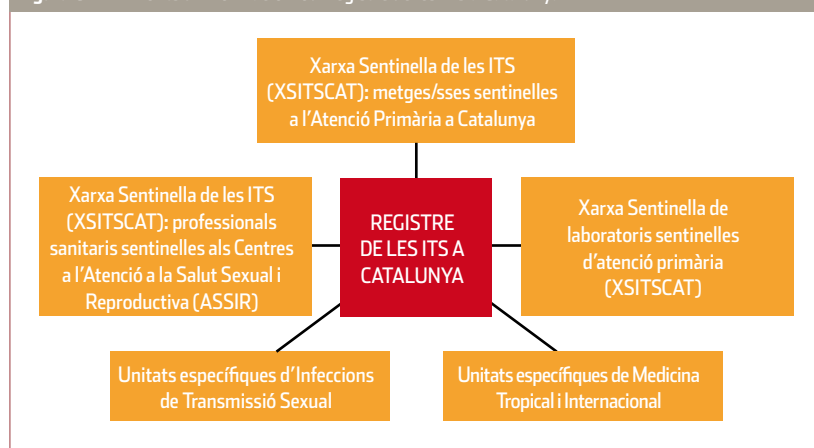


Taula 6.2.9. Distribució de les ITS* en els pacients atesos a la UITs, CAP II Tarragonès-Tarragona segons el sexe i l'orientació sexual en els homes, 2006.

ITS	Homes		Dones	Total
	Heterosexual	HSH		
	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)
Sífilis 1a i 2a	0	0	0	0
Sífilis latent	1 (4,2)	0	3 (1,7)	4 (2,0)
Gonocòccia	2 (8,3)	2 (33,3)	4 (2,3)	8 (3,9)
Infecció genital per <i>C. trachomatis</i>	2 (8,3)	0	64 (36,6)	66 (32,2)
Vaginosi bacteriana	0	0	17 (9,7)	17 (8,3)
Uretritis/cervicitis inespecífica	1 (4,2)	0	5 (2,9)	6 (2,9)
Tricomonosi	0	0	12 (6,9)	12 (5,9)
Candidiasi genital	0	0	39 (22,3)	39 (19)
Condilomes acuminats	10 (41,7)	4 (66,7)	20 (11,4)	34 (16,6)
Herpes genital	3 (12,5)	0	4 (2,3)	7 (3,4)
Mol·lusc contagiós	5 (20,8)	0	2 (1,1)	7 (3,4)
Hepatitis B	0	0	1 (0,6)	1 (0,5)
Escabiosi	0	0	0	0
Pediculosi	0	0	0	0
Altres	0	0	4 (2,3)	4 (2,0)
Total	24 (100,0)	6 (100,0)	175 (100,0)	205 (100,0)

Font: Registre de les Malalties de Transmissió Sexual (RMTS). / * No es comptabilitza la infecció pel VIH.

Figura 6.2.12. Fonts d'informació Nou Registre de les ITS a Catalunya.



6.3. Vigilància epidemiològica reforçada de les Infeccions de Transmissió Sexual a Catalunya

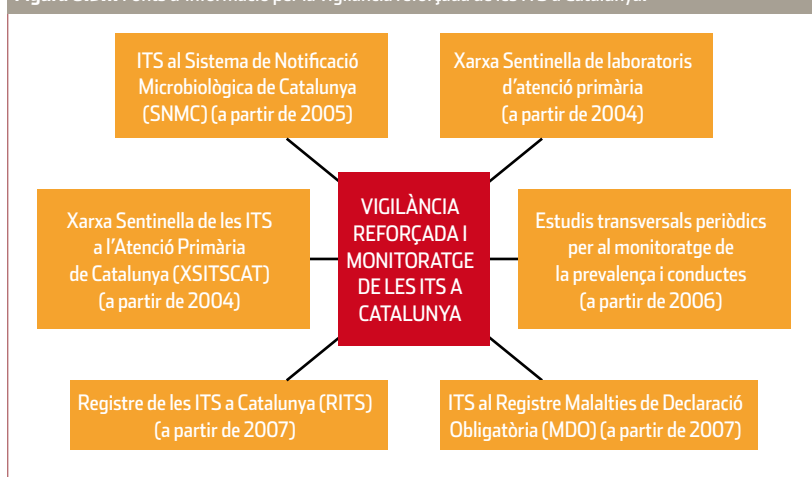
Durant l'any 2004 es va incloure la vigilància epidemiològica reforça-

da de les ITS al CEEISCAT com a part de les activitats del centre en la prevenció i control de les ITS a Catalunya i amb l'objectiu de millorar les mesures estratègiques d'intervenció preventiva i assistencial [15] (Figura 6.3.1). En aquest context s'ha engegat el pla d'acció per a la millora de la prevenció i el control de les

ITS a Catalunya, que contempla els següents objectius generals:

1. Millorar la sensibilitat i exhaustivitat de la declaració de les ITS al Sistema de Malalties de Declaració Obligatòria.
2. Disposar d'informació sobre la incidència, poblacions vulnerables i determinants de la transmissió que permetin obtenir informació comparable amb la dels països europeus.
3. Promoure la millora de l'abordatge global d'aquestes patologies per part dels diferents nivells i sectors sanitaris mitjançant l'elaboració d'una guia de pràctica clínica i d'un protocol d'actuació davant nous brots.
4. Potenciar les mesures de prevenció i control més efectives per a cada ITS.

Figura 6.3.1. Fonts d'informació per la vigilància reforçada de les ITS a Catalunya.



6.3.1. Xarxa Sentinella de les Infeccions de Transmissió Sexual a Catalunya

Els sistemes de notificació sentinella poden ser de gran utilitat quan són inclosos en un sistema de vigilància integral en el que es complementi la

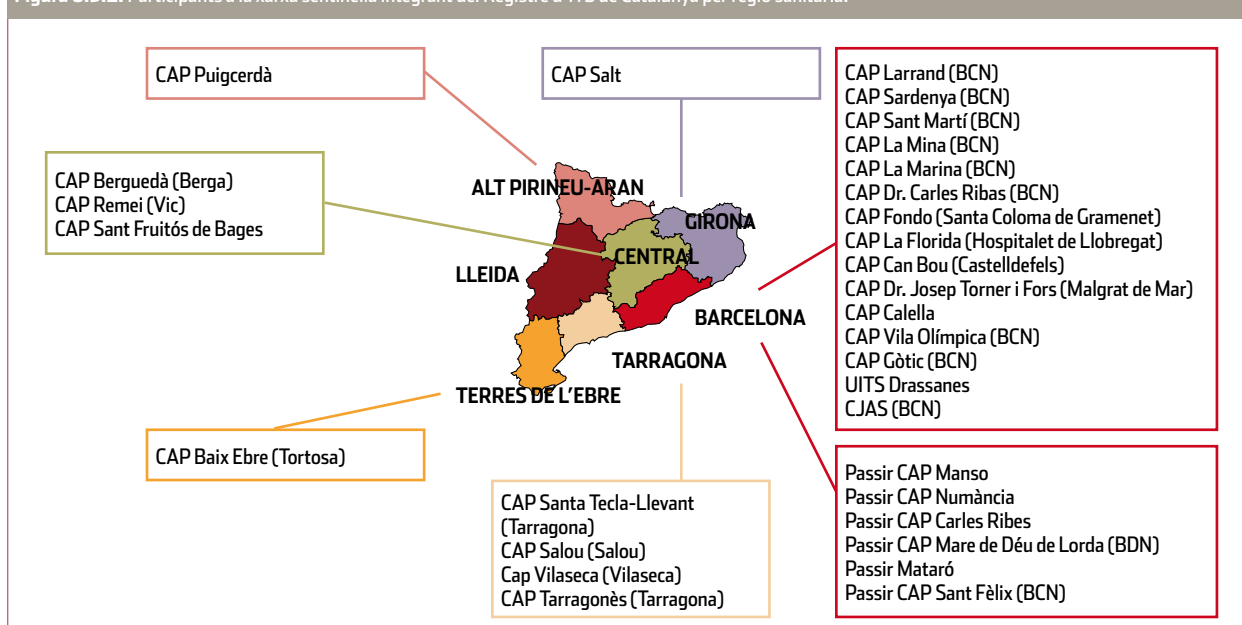
vigilància microbiològica amb l'epidemiològica i de la conducta, ja que disposen d'informació detallada pel que respecta a l'agent etiològic, resultats de les proves diagnòstiques i proves complementàries de resistències antimicrobianes. A més a més, en complementar la xarxa sentinella

d'atenció primària, permet una major exhaustivitat de la notificació, augmenta la sensibilitat del sistema, facilita la informació ràpida en una àrea geogràfica determinada i facilita la viabilitat d'incorporar un estudi de contactes de la infecció [1, 11, 19].

Per això, durant l'any 2004 s'inicia el procés d'implantació d'una xarxa sentinella de vigilància reforçada de les ITS de metges, professionals sanitaris als PASSIRs i laboratoris d'atenció primària (Figures 6.2.12 i 6.3.2) per tal de poder millorar les estimacions de prevalença i detectar canvis en la morbiditat i l'epidemiologia d'aquestes infeccions, a més de realitzar estimacions territorials i reforçar l'exhaustivitat en la notificació clàssica per poder:

- Complementar i millorar l'exhaustivitat de la vigilància clàssica de

Figura 6.3.2. Participants a la xarxa sentinella integrant del Registre d'ITS de Catalunya per regió sanitària.



les notificacions microbiològiques de les ITS.

- Monitorar les tendències de les ITS diagnosticades i agents etiològics.
- Incorporar noves tecnologies informàtiques mitjançant les quals es pugui tenir una resposta ràpida en la captura-recaptura de casos.
- Poder identificar grups clau, llocs de trobada i poblacions de risc elevat d'infecció als quals dirigir estratègies sanitàries de realització de proves i cribratges.
- Realitzar estimacions d'incidència i d'impacte a nivell local i nacional de les ITS notificades.

A partir de l'any 2007, aquesta xarxa sentinella és ampliada en nombre de professionals per passar a formar part del Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual de Catalunya, com a part de la vigilància epidemiològica reforçada mitjançant l'ús d'un formulari únic incorporat dins dels sistemes informàtics via web al portal del Departament de Salut.

Aquest sistema de notificació ha de quedar inclòs dins un sistema de vigilància integral en el que es complementa la vigilància microbiològica amb l'epidemiològica i de conducta, disposant d'informació detallada pel que respecta al diagnòstic, tractament, dades de conductes i dades microbiològiques complementàries de l'agent etiològic, resultats de les proves diagnòstiques i proves complementàries de resistències a antibiòtics. Les notificacions rebudes en

aquest registre permetran una major exhaustivitat de la notificació, augmentant la sensibilitat del sistema i aportant informació ràpida en la detecció de canvis en la morbiditat i grups claus en una àrea geogràfica determinada a diversos serveis dins els equips d'atenció primària.

Amb el nou registre de les ITS s'obté, també, una major implicació de l'àmbit assistencial en la investigació epidemiològica, millorant el desenvolupament d'estratègies per a la prevenció i intervenció de problemes de salut pública en l'àmbit de l'assistència primària.

Aquesta notificació informatitzada s'ha fet operativa a partir de maig de l'any 2007.

6.3.2. Estudis transversals en poblacions vulnerables

A partir de l'any 2005, el CEEISCAT ha incorporat en el monitoratge de les ITS, estudis transversals de prevalença i de conductes d'alt risc en poblacions sentinella [17,18,20,21]. En aquests estudis, amb caràcter biennal, es fa una recopilació de dades de conductes i de les característiques clinicoepidemiològiques de la població d'estudi, tot utilitzant tècniques d'amplificació d'ADN (PCR en temps real) per part del Servei de Microbiologia de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, es determina la presència d'infecció genital per *C. trachomatis* i/o *N. gonorrhoeae*.

En el transcurs del 2006 s'ha iniciat des del CEEISCAT l'estudi de preva-

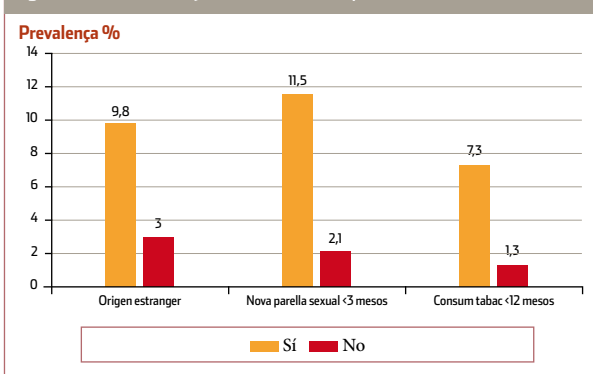
lència de *C. trachomatis* i *N. Gonorrhoeae* en població jove menor de 35 anys. Es tracta d'un estudi transversal per a conèixer la prevalença de la infecció genital de *C. trachomatis* i *N. Gonorrhoeae*, explorar les conductes de risc elevat i els factors determinants per a la seva adquisició en la població de joves menors de 35 anys d'edat usuaris de tres centres d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) i el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS) de l'àrea metropolitana de Barcelona realitzat durant l'any 2006.

Es van incloure en l'estudi un total de 499 joves menors de 35 anys, distribuïts en dos grups d'edat (majors i menors de 25 anys) i estratificats per sexe i centre de reclutament. La prevalença global obtinguda per a *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* en mostres d'orina per als homes i endocervical en les dones analitzades mitjançant PCR en temps real va esser del 3,6% i 0,2% respectivament.

Els resultats més importants que es poden extreure d'aquest estudi són que la població de joves presenta una prevalença per a *C. trachomatis* significativament més elevada dins del grup d'edat dels menors de 25 anys (5,8%) i del grup d'estrangers (9,8%) i un perfil de conductes de major risc per a la seva adquisició (Taula 6.3.1). El fet de tenir una nova parella sexual als darrers 3 mesos, l'origen estranger i el consum de tabac als darrers 12 mesos es van mantenir com factors de risc independents en l'anàlisi multivariant per presentar una elevada prevalença de *C. trachomatis* (Figura 6.3.3).

Taula 6.3.1. Prevalències de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae*.

Prevalències	<i>C. trachomatis</i>	<i>N. gonorrhoeae</i>
Edat 16 a 24 anys	5,8%	2,0%
Dones	5,4%	0,5%
Homes	5,0%	0,0%
Edat 25 a 35 anys	1,9%	0,0%
Dones	0,6%	0,0%
Homes	16,7%	0,0%
Origen	1,9%	0,0%
Nacionals	2,6%	0,3%
Estrangers	9,8%	0,0%
Global	3,6%	0,2%

Figura 6.3.3. Prevalença de *C. trachomatis* per factors determinants.

➤ A la Unió Europea i països occidentals cobra especial importància la vigilància i monitoratge de les ITS des de l'augment detectat de les ITS des de 1996, en particular a poblacions més vulnerables de joves menors de 25 anys, homes que tenen sexe amb homes, estrangers o nouvinguts, persones VIH-positives, dones en edat reproductiva, entre altres.

➤ En els darrers anys, en els diferents sistemes d'informació s'ha observat un increment sostingut de les ITS de declaració obligatòria, amb increments a l'any 2006 del 40,3% pel gonococ, del 39,6% per la sífilis, del 30,91% per les clamidies i 24% agregat d'altres ITS. De la mateixa manera que ha succeït en altres països de la UE, es necessita millorar les mesures de vigilància, monitoratge i control de les ITS, així com les intervencions davant d'un brot epidèmic.

➤ De la mateixa manera, s'observa un increment en les ITS de transmissió vertical en el darrer any: es van observar 24 casos d'oftàlmia neonatal i 3 casos sospitosos de sífilis congènita (dels quals només 1 es va poder confirmar), mentre que en el SNMC es varen notificar 7 declaracions microbiològiques de ITS per transmissió vertical. Cal tenir en compte, per tant, les dones en edat reproductiva en la planificació de mesures per a la prevenció de les ITS en poblacions vulnerables.

➤ Respecte l'any 2005 s'han incrementat les notificacions en el SNMC (1.140 notificades el 2006). En el 60,4% dels casos eren homes, el grup d'edat més freqüent era el de 25 a 44 anys (amb una mitjana d'edat de 37 anys en homes i 32 en dones), mentre que el 53,1% de les notificacions eren per *T. Pallidum*. També s'ha observat que es manté l'increment de les notificacions en persones joves (<25 anys).

➤ A l'any 2006 es publica el Decret 391/2006, pel que es modifica la notificació obligatòria individualitzada de la sífilis, gonocòccia LGV més la inclusió de una xarxa sentinella de les ITS a primària dins els nous sistemes de vigilància millorada i reforçada, complementaris amb un formulari homogeneïtzat, per tal de poder millorar les mesures de la prevalença de les ITS en poblacions determinades i facilitar més implicació de l'àmbit assistencial en la investigació epidemiològica i millorar el desenvolupament d'estratègies en la prevenció i intervenció de problemes de salut pública.

➤ L'any 2006 es va dur a terme el primer estudi transversal a la població sentinella de joves <35 anys i es presenta una prevalença significativament més elevada dins el grup d'edat dels menors de 25 anys i el grup d'estrangers i joves amb una nova parella sexual dins els darrers 3 mesos.

Bibliografia

- [1] Vigilància de les ITS mitjançant la vigilància epidemiològica reforçada. A Centre d'Estudis Epidemiològics de les ITS i la sida de Catalunya. *Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica del Sida/VIH/ITS a Catalunya (SIVES)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006. (Document Tècnic CEESCAT, 18).
- [2] Fenton KA, Lowndes CM, for the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) Network. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80(4):255-263.
- [3] Lowndes C. Sexually transmitted infections may assume an increasing important role in the evolution of HIV transmission in Europe [en línia]. *Eurosurveillance Weekly.* 2002;6(29). [Consulta: 01 maig 2008]. Disponible a: <<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=1923>>.
- [4] Sevgi OA, Fenton KA, Colmes K. Sexually transmitted diseases in the USA: temporal trends. *Sex. Transm. Inf.* 2007;83(4):257-266.
- [5] *Trends in sexually transmitted infections and HIV in the European Region, 1980-2005*. Copenhagen: WHO, 2006.
- [6] Lugo R, López E. *Infeccions de transmissió sexual*. Infosida. Abril 2008; 35.
- [7] Savage E, Ison C, van de Laar M; ESSTI network. Results of a Europe-wide investigation to assess the presence of a new variant of Chlamydia trachomatis in Europe. *Eurosurveillance Monthly.* 2007;12(10):E3-4.
- [8] Martin IM, Hoffman S, Ison CA; ESSTI network. European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI): the first combined antimicrobial susceptibility data for Neisseria gonorrhoeae in Western Europe. *J Antimicrob Chemother.* 2006;58(3):580-6.
- [9] van de Laar MJ. The emergence of LGV in western Europe: what do we know, what can we do?. *Eurosurveillance.* 2006, 11(9):146-8.
- [10] van de Laar MJ, Koedijk FD, Gota HM, de Vries HJ. A slow epidemic of LGV in the Netherlands in 2004 and 2005. *Eurosurveillance.* 2006;11(9):150-2
- [11] Lowndes CM, Fenton KA; ESSTI Network. Surveillance systems for STIs in the European Union: facing a changing epidemiology. *Sex Transm Infect.* 2004;80(4):264-271.
- [12] Casabona J, Binefa G, Folch C, Lugo R, Vives N, Carmona G, et al.; HIV/STI Surveillance Group. Sexually acquired HIV infections on the rise in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance.* 2006;11(7):E060720.5.
- [13] Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica, España 2006. *BES.* 2007;19(10):109-120.
- [14] Resum de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya durant l'any 2006. *BEC.* 2007;XXVIII(núm extra):1-12.
- [15] DECRET 445/2004, de 30 de novembre, pel qual es modifica el Decret 395/1996, de 12 de desembre, pel qual s'estableixen els procediments de notificació de les malalties de obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. *DOGC núm.* 3911.
- [16] DECRET 391/2006, de 17 d'octubre, pel qual es modifica el circuit de notificació de les malalties de obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. *DOGC núm.* 4743.
- [17] Folch C. Monitoratge de la prevalença de VIH/ITS i dels comportaments associats amb la seva transmissió en treballadors sexuals a Catalunya. *INFOSIDA.* Novembre 2007;34.
- [18] Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of HIV, Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae, and risk factors for Sexually Transmitted Infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.* 2008;35(2):178-183.
- [19] Reintjes R, Theles M, Reiche R, Cosan A. Benchmarking national surveillance systems: a new tool for the comparison of communicable disease surveillance and control in Europe. *Eur J. Public Health.* 2007;17(4):375-380.
- [20] Low N. Current status of Chlamydia screening in Europe [en línia]. *Eurosurveill.* 2004;9(10-12):68-9. [Consulta: 3 octubre 2007]. Disponible a: <<http://www.eurosurveillance.org/eq/2004/04-04/eq-04-2004.pdf>>.
- [21] Centers for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2003 Supplement, Chlamydia Prevalence Monitoring Project* [en línia]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004. [Consulta: 3 octubre 2007]. Disponible a: <<http://www.cdc.gov/std/chlamydia2003/chlamydia2003.pdf>>

I. Indicadors disponibles a partir del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES)

1. Registre de sida*:

- Nombre de casos de sida i taxa d'incidència** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de sida i taxa d'incidència** (per 100.000 habitants) segons sexe per any.
- Nombre de casos de sida i taxa d'incidència** (per 100.000 habitants) segons grups d'edat per any.

Nombre i Taxa incidència (per 100.000 habitants) de casos de sida i de nous diagnòstics de VIH a Catalunya, 2006.

	N casos sida	Taxa sida	N nous diagnòstics VIH	Taxa nous diagnòstics VIH
Global	250	3,50	628	8,80
Homes	202	5,88	503	14,64
Dones	48	1,37	125	3,56
Grup edat				
<15	1	0,09	0	
16-24	4	0,58	57	8,26
25-44	164	6,90	445	18,73
45-64	75	4,52	114	6,87
>=65	6	0,52	12	1,04

Nombre i taxa d'incidència (per 100.000 habitants) de casos de sida segons Regions Sanitàries, 2006.

ALT PIRINEU I ARAN	Nombre casos sida	Taxa sida	BARCELONA	Nombre casos sida	Taxa sida	CATALUNYA CENTRAL	Nombre casos sida	Taxa sida
Global	2	2,78	Global	198	4,09	Global	8	1,66
Homes	2	5,61	Homes	159	6,87	Homes	7	2,96
Dones	0	0,00	Dones	39	1,62	Dones	1	0,42
Grup edat			Grup edat			Grup edat		
<15	0	0,00	<15	1	0,14	<15	0	0,00
16-24	0	0,00	16-24	3	0,65	16-24	0	0,00
25-44	0	0,00	25-44	132	8,08	25-44	6	3,88
45-64	1	6,00	45-64	59	5,19	45-64	2	1,79
>=65	1	7,43	>=65	3	0,39	>=65	0	0,00
GIRONA	Nombre casos sida	Taxa sida	LLEIDA	Nombre casos sida	Taxa sida			
Global	23	3,42	Global	9	2,68			
Homes	16	4,91	Homes	8	4,84			
Dones	7	2,18	Dones	1	0,62			
Grup edat			Grup edat					
<15	0	0,00	<15	0	0,00			
16-24	1	1,51	16-24	0	0,00			
25-44	14	6,40	25-44	7	6,48			
45-64	6	3,95	45-64	2	2,67			
>=65	2	1,91	>=65	0	0,00			
TARRAGONA	Nombre casos sida	Taxa sida	TERRES DE L'EBRE	Nombre casos sida	Taxa sida			
Global	4	0,72	Global	6	3,38			
Homes	4	1,49	Homes	6	6,80			
Dones	0	0,00	Dones	0	0,00			
Grup edat			Grup edat					
<15	0	0,00	<15	0	0,00			
16-24	0	0,00	16-24	0	0,00			
25-44	4	2,17	25-44	1	1,85			
45-64	0	0,00	45-64	5	12,25			
>=65	0	0,00	>=65	0	0,00			

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya, per Regions Sanitàries, per Governos Territorials de Salut i per Municipis majors de 20.000 habitants, per raons de confidencialitat.

** Càlcul basat en les estimacions entre els censos 1991 i 2001 fins a l'any 2000 i en les projeccions de població a partir del cens 2001 per als anys següents.

2. Sistema d'informació de nous diagnòstics de VIH*:

- Nombre de nous diagnòstics de VIH i taxa d'incidència** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de nous diagnòstics de VIH i taxa d'incidència** (per 100.000 habitants) segons sexe per any.
- Nombre de nous diagnòstics de VIH i taxa d'incidència** (per

Distribució dels nous diagnòstics de VIH segons via de transmissió i sexe. Catalunya, 2006.

	Home		Dona		Total	
UDVP	48	9,5%	8	6,4%	56	8,9%
Homosexual/Bisexual	263	52,3%	0	0,0%	263	41,9%
Heterosexual	176	35,0%	111	88,8%	287	45,7%
Altres/No qualificat	16	3,2%	6	4,8%	22	3,5%
Total	503		125		628	

100.000 habitants) segons grups d'edat per any.

- Distribució dels nous diagnòstics de VIH segons grup de transmissió i sexe.

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya, per Regions Sanitàries, per Governos Territorials de Salut i per Municipis majors de 20.000 habitants, per raons de confidencialitat.

** Càlcul basat en les estimacions entre els censos 1991 i 2001 fins a l'any 2000 i en les projeccions de població a partir del cens 2001 per als anys següents.

Nombre i taxa d'incidència (per 100.000 habitants) de nous diagnòstics de VIH segons Regions Sanitàries, 2006.

ALT PIRINEU I ARAN	Nombre de nous diagnòstics VIH	Taxa de nous diagnòstics VIH
Global	3	4,18
Homes	2	5,61
Dones	1	2,99
Grup edat		
<15	0	
16-24	0	0,00
25-44	2	8,68
45-64	0	0,00
>=65	1	7,43

BARCELONA	Nombre de nous diagnòstics VIH	Taxa de nous diagnòstics VIH
Global	502	10,37
Homes	416	17,98
Dones	86	3,57
Grup edat		
<15	0	
16-24	45	9,72
25-44	354	21,67
45-64	96	8,44
>=65	7	0,91

CATALUNYA CENTRAL	Nombre de nous diagnòstics VIH	Taxa de nous diagnòstics VIH
Global	11	2,29
Homes	8	3,38
Dones	3	1,27
Grup edat		
<15	0	
16-24	0	0,00
25-44	9	5,81
45-64	2	1,79
>=65	0	0,00

GIRONA	Nombre de nous diagnòstics VIH	Taxa de nous diagnòstics VIH
Global	50	7,43
Homes	34	10,44
Dones	16	4,99
Grup edat		
<15	0	
16-24	5	7,55
25-44	34	15,53
45-64	8	5,27
>=65	3	2,87

LLEIDA	Nombre de nous diagnòstics VIH	Taxa de nous diagnòstics VIH
Global	38	11,30
Homes	25	15,13
Dones	13	8,03
Grup edat		
<15	0	
16-24	5	15,14
25-44	27	25,01
45-64	6	8,00
>=65	0	0,00

TARRAGONA	Nombre de nous diagnòstics VIH	Taxa de nous diagnòstics VIH
Global	18	3,25
Homes	12	4,46
Dones	6	2,26
Grup edat		
<15	0	
16-24	2	3,56
25-44	13	7,05
45-64	2	1,59
>=65	1	1,25

TERRES DE L'EBRE	Nombre de nous diagnòstics VIH	Taxa de nous diagnòstics VIH
Global	6	3,38
Homes	6	6,80
Dones	0	0,00
Grup edat		
<15	0	
16-24	0	0,00
25-44	6	11,07
45-64	0	0,00
>=65	0	0,00

Distribució dels nous diagnòstics de VIH segons via de transmissió i sexe per Regions Sanitàries, 2006.

ALT PIRINEU I ARAN	Home		Dona		Total	
UDVP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
HSH	1	50,0%	0	0,0%	1	33,3%
Heterosexual	1	50,0%	1	100,0%	2	66,7%
Altres/No qualificat	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%
Total	2		1		3	

BARCELONA	Home		Dona		Total	
UDVP	41	9,9%	8	9,3%	49	9,8%
HSH	239	57,5%	0	0,0%	239	47,6%
Heterosexual	124	29,8%	73	84,9%	197	39,2%
Altres/No qualificat	12	2,9%	5	5,8%	17	3,4%
Total	416		86		502	

CATALUNYA CENTRAL	Home		Dona		Total	
UDVP	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
HSH	5	62,5%	0	0,0%	5	45,5%
Heterosexual	3	37,5%	3	100,0%	6	54,5%
Altres/No qualificat	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	8		3		11	

GIRONA	Home		Dona		Total	
UDVP	2	5,9%	0	0,0%	2	4,0%
HSH	10	29,4%	0	0,0%	10	20,0%
Heterosexual	18	52,9%	15	93,8%	33	66,0%
Altres/No qualificat	4	11,8%	1	6,3%	5	10,0%
Total	34		16		50	

LLEIDA	Home		Dona		Total	
UDVP	4	16,0%	0	0,0%	4	10,5%
HSH	2	8,0%	0	0,0%	2	5,3%
Heterosexual	19	76,0%	13	100,0%	32	84,2%
Altres/No qualificat	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	25		13		38	

TARRAGONA	Home		Dona		Total	
UDVP	1	8,3%	0	0,0%	1	5,6%
HSH	3	25,0%	0	0,0%	3	16,7%
Heterosexual	8	66,7%	6	100,0%	14	77,8%
Altres/No qualificat	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	12		6		18	

TERRES DE L'EBRE	Home		Dona		Total	
UDVP	0	0,0%	0		0	0,0%
HSH	3	50,0%	0		3	50,0%
Heterosexual	3	50,0%	0		3	50,0%
Altres/No qualificat	0	0,0%	0		0	0,0%
Total	6		0		6	

3. Monitoratge del diagnòstic del VIH a través dels laboratoris de Catalunya (HIVLABCAT)*

- Taxa de proves diagnòstiques realitzades (per 1.000 habitants) per any.
- Percentatge de proves positives.

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya i per Regions Sanitàries

Taxa de proves diagnòstiques realitzades (per 1.000 habitants) per regió sanitària, 2006.	
Barcelona	22,12
Girona	28,76
Lleida	49,93
Terres de l'Ebre	20,51
Tarragona	6,37
Catalunya Central	8,96
Alt Pirineu i Aran*	-
Total	21,68

Percentatge de proves positives per regió sanitària, 2006	
Barcelona	0,65
Girona	0,37
Lleida	0,47
Terres de l'Ebre	0,16
Tarragona	0,6
Catalunya Central	0,46
Alt Pirineu i Aran*	-
Total	0,58

* No es disposa d'informació d'aquesta regió, doncs no hi ha cap laboratori que participi en el LABCAT.

4. Monitoratge del diagnòstic del VIH a través dels centres de detecció anònima del VIH (DEVO)* (any 2006)

- Nombre de proves realitzades anualment: **1.849**.
- Percentatge de proves positives: **2,4**.

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya.

5. Monitoratge conductual*

Estudi HIVUDVPC (Any 2006)

- Prevalença d'acceptar i passar xeringues usades entre UDVP reclutats al carrer (últims 6 mesos).
 - Prevalença d'acceptar xeringues usades entre UDVP reclutats al carrer (últims 6 mesos): **20,9%**.
 - Prevalença de passar xeringues usades entre UDVP reclutats al carrer (últims 6 mesos): **23,3%**.
- Prevalença d'intercanvi de material d'injecció de forma indirecta entre UDVP reclutats al carrer (últims 6 mesos)**: **69,2%**.

Estudi HIVHOM (Any 2006)

- Prevalença d'utilització consistent del preservatiu en la penetració anal amb les parelles estables en homes que tenen sexe amb homes (últims 12 mesos): **39,6%**.
- Prevalença d'utilització consistent del preservatiu en la penetració

anal amb les parelles ocasionals en homes que tenen sexe amb homes (últims 12 mesos): **65,4%**.

Estudi HIVITS-TS (Any 2005)

- Prevalença d'utilització consistent del preservatiu en les relacions sexuals amb clients en dones treballadores del sexe (últims 6 mesos): **95,5%**.
- Prevalença d'utilització consistent del preservatiu en les relacions sexuals amb la parella estable en dones treballadores del sexe (últims 6 mesos): **12,4%**.

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya.

** Compartir altre material d'injecció com la cullera, el filtre o l'aigua.

6. Estudi clínic epidemiològic dels nens i mares exposats al VIH i/o als fàrmacs antiretrovirals (NENEXP)*

- Taxa de transmissió vertical: **2,25%**.
- Percentatge de gestants infectades pel VIH que han estat diagnosticades abans de la data del part: **96,8%**.
- Percentatge de nounats fills de dones infectades pel VIH que han estat exposats a la profilaxi antiretroviral durant la gestació, part i en les 48 hores posteriors al part: **72%**.

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya i per Regions Sanitàries

7. Monitoratge de la prevalença del VIH i altres ITS a través de poblacions sentinella*

- Prevalença d'infecció pel VIH en nadons: **0,17%**.
- Prevalença d'infecció pel VIH en treballadors durant la revisió mèdica per any: **0,08%**.
- Prevalença d'infecció pel VIH en els donants de sang: **0,01%**.
- Prevalença d'infecció pel VIH en UDVP que inicien tractament per a la seva drogoaddicció: **32,6%**.
- Prevalença d'infecció pel VIH en homes que tenen sexe amb homes: **19,8%**.
- Prevalença d'infecció pel VIH, *C. Trachomatis* i *N. gonorrhoeae* en dones treballadores del sexe.
 - Prevalença d'infecció pel VIH en dones treballadores del sexe (2005): **1,8%**.
 - Prevalença d'infecció per *C. Trachomatis* en dones treballadores del sexe (2005): **5,5%**.
 - Prevalença d'infecció per *N. gonorrhoeae* en dones treballadores del sexe (2005): **0,5%**.
- Prevalença d'infecció per *C. Trachomatis* i *N. gonorrhoeae* en joves (<35 anys) que han assistit a un centre d'atenció de salut sexual i reproductiva o al centre jove d'anticoncepció i sexualitat: **0,2%**.
 - *C. Trachomatis*: **3,6%**.
 - *N. gonorrhoeae*: **0,2%**.

- Prevalença global de la infecció pel VIH a Catalunya: **0,6%**.

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya

8. Vigilància de les ITS*

- Nombre de casos de Sífilis i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de Gonocòccia i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de Limfogranuloma veneri i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de Clamídia genital i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de Oftàlmia neonatal i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de Sífilis congènita i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de la resta d'ITS de declaració numèrica** i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) per any.
- Nombre de casos de Sífilis i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons sexe per any.
- Nombre de casos de Gonocòccia i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons sexe per any.
- Nombre de casos de Limfogranuloma veneri i taxa d'incidència***

(per 100.000 habitants) segons sexe per any.

- Nombre de casos de Clamídia genital i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons sexe per any.
- Nombre de casos d'Oftàlmia neonatal i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons sexe per any.
- Nombre de casos de la resta d'ITS de declaració numèrica** i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons sexe per any.
- Nombre de casos de Sífilis i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons grup d'edat per any.
- Nombre de casos de Gonocòccia i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons grup d'edat per any.
- Nombre de casos de Limfogranuloma veneri i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons grup d'edat per any.
- Nombre de casos de Clamídia genital i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons grup d'edat per any.
- Nombre de casos de la resta d'ITS de declaració numèrica** i taxa d'incidència*** (per 100.000 habitants) segons grup d'edat per any.

* Els indicadors d'aquest apartat es donaran agregats pel total de Catalunya, per Regions Sanitàries, per Governos Territorials de Salut i per Municipis.

** S'ha exclòs la Clamídia.

*** Càlcul basat en les estimacions entre els censos 1991 i 2001 fins a l'any 2000 i en les projeccions de població a partir del cens 2001 per als anys següents.

REGIÓ SANITÀRIA	Inf. genital per clamídies		Sífilis		Gonocòccia		Altres ITS		Oftalmia neonatal		Sífilis congènita		Limfogranuloma veneri	
GIRONA	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa
Global	28	4,2	50	7,4	84	12,5	1.384	205,5	6	72,7	1	12,1	ND	ND
Homes	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Dones	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Grup edat														
<15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
16-24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
25-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
45-64	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
>=65	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND

REGIÓ SANITÀRIA	Inf. genital per clamídies		Sífilis		Gonocòccia		Altres ITS		Oftalmia neonatal		Sífilis congènita		Limfogranuloma veneri	
LLEIDA	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa
Global	2	0,6	13	3,9	37	11,0	67	19,9	0	0,0	0	0,0	ND	ND
Homes	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Dones	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Grup edat														
<15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
16-24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
25-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
45-64	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
>=65	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND

REGIÓ SANITÀRIA	Inf. genital per clamídies		Sífilis		Gonocòccia		Altres ITS		Oftalmia neonatal		Sífilis congènita		Limfogranuloma veneri	
CAMP DE TARRAGONA	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa
Global	3	0,5	13	2,4	28	5,5	138	25,0	0	0,0	0	0,0	ND	ND
Homes	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Dones	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Grup edat														
<15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
16-24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
25-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
45-64	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
>=65	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND

REGIÓ SANITÀRIA	Inf. genital per clamídies		Sífilis		Gonocòccia		Altres ITS		Oftalmia neonatal		Sífilis congènita		Limfogranuloma veneri	
TERRES DE L'EBRE	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa	Freq.	Taxa
Global	4	2,6	6	3,6	6	3,6	26	15,4	1	57,2	0	0,0	ND	ND
Homes	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Dones	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
Grup edat														
<15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
16-24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
25-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
45-64	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND
>=65	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ND	ND

* Aquestes ITS són de declaració numèrica l'any 2006, per tant no hi ha dades per sexe o per grup d'edat.
ND: LGV no es de declaració obligatòria a l'any 2006.

Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria.
Taxes calculades per 100.000 habitants a partir de les Projeccions de població calculades a partir del cens de l'any 2001 per Catalunya i de les estimacions entre censos 1991 i 2001 per Catalunya, Institut Nacional d'Estadístiques (INE).

II. Llistat de publicacions rellevants relacionades, 2006-2007

Sida i HIV

Producció pròpia

Almeda J. Profilaxis tras exposición no ocupacional [recurs electrònic]. AIDS Cyber J 2006; 9(2). [Consulta: 25 maig 2008].

Vives N. Factors associats al retard en el diagnòstic en la infecció per VIH a Catalunya. Infosida. 2006;32:3.

Vives N. Vigilància epidemiològica de la sida i dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2006. Infosida 2006;33:3.

Casabona J, Binefa G, Folch C, Lugo R, Vives N, Carmona G, et al.; HIV/STI Surveillance Group. Sexually acquired HIV infections on the rise in Catalonia, Spain. Eurosurveillance. 2006;11(7):E060720.5.

Campins M, Almeda J. Fundamentos de la profilaxis postexposición frente al VIH. JANO. 2006;1604(0):74-82.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la sida i dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2004. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 2006; XX-VII(6):81-88.

Folch C, Marks G, Esteve A, Zaragoza K, Muñoz R, Casabona J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. AIDS Education and Prevention. 2006;18(3):227-42.

Folch C, Merono M, Casabona J. Factores asociados a la práctica de compartir jeringas usadas entre usuarios de droga por vía parenteral reclutados en la calle. Med Clin (Barc). 2006; 127(14):526-532.

Solis I, Muñoz E, Ramos JT, Gonzalez MI, Rojano X, Almeda J. Características maternas en una cohorte de gestantes con infección por el VIH-1. Med Clin (Barc). 2006;127(4):121-125.

Jaen A, Zock JP, Kogevinas M, Ferrer A, Marin A. Occupation, smoking and chronic obstructive respiratory disorders: a cross sectional study in a industrial area of Catalonia, Spain. Environ Health. 2006;5:2.

Rius C, Binefa G, Montoliu A, Esteve A, Ribas G, Gispert R, et al. Cambios de la supervivencia de los casos de sida en Cataluña (1981-2001). Med Clin (Barc). 2006;127(5):167-71.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica del VIH/sida i de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 2005. BEC. 2007; XXVIII(7):105-110.

Casabona J. Prevención de la transmisión vertical del VIH: Un reto programático. Med Clin (Barc). 2007;128(9):333-334.

Martro E, Esteve A, Schulz TF, Sheldon J, Gambus G, Muñoz R, et al; Euro-Shaks study group. Risk factors for human Herpesvirus 8 infection and AIDS-associated Kaposi's sarcoma among men who have sex with men in a European multicentre study. Int J Cancer. 2007;120(5):1129-35.

Galceran J, Marcos-Gragera R, Soler M, Romaguera A, Ameijide A, Izquierdo A. Cancer incidence in AIDS patients in Catalonia, Spain. Eur J Cancer. 2007;43(6):1085-1091

Caro-Murillo AM, Castilla J, Pérez-Hoyos S, Miró JM, Podzamczar D, Rubio R, et al; Grupo de trabajo de la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS). Cohorte RIS de pacientes con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo (CoRIS): metodología y primeros resultados. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007;25(1):23-31.

Folch C. Monitoratge de la prevalença de VIH/ITS i dels comportaments associats amb la seva transmissió en treballadors sexuals a Catalunya. Info Sida. 2007;34:3.

Rojano X, Almeda J, Sánchez E, Fortuny C, Bertrán JM, Mur A, et al; Grupo de estudio NENEXP. Evolución de la transmisión vertical del VIH en Cataluña durante el período 1987-2003. Med Clin (Barc). 2007;129(13):487-493.

González V, Martró E, Folch C, Esteve A, Matas L, Montoliu A, et al. Detection of hepatitis C virus antibodies in oral fluid specimens for prevalence studies. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2007;27(2):121-6.

Jaen A, Esteve A, Miró JM, Tural C, Montoliu A, Ferrer E, et al; PISCIS Study Group. Determinants of HIV progression and assessment of the optimal time to initiate highly active antiretroviral therapy: PISCIS Cohort (Spain). J Acquir Immune Defic Syndr. 2008;47(2):212-20.

Rey D, Karim Bendiane M, Bouhnik AD, Almeda J, Moatti JP, Carrieri MP. Phy-

sicians' and patients' adherence to anti-retroviral prophylaxis after sexual exposure to HIV: results from South-Eastern France. *Aids Care*. 2008;20(5):537-541.

Darwich L, Esteve A, Ruiz L, Paredes R, Bellido R, Cabrera C, et al. Drug-resistance mutations number and K70R or T215Y/F substitutions predict treatment resumption during guided treatment interruptions. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2008;24(5):725-32.

Porras C, Sabidó M, Fernández-Dávila P, Hugo V, Batres A, Casabona J. Reproductive health and health-care among sex workers in Escuintla, Guatemala. *Cult Health Sex*. 2008;10(5):529-538.

The Collaboration of Observation HIV Epidemiological Research Europe (CO-HERE). Response to Combination Antiretroviral Therapy (cART): Variation by Age. *AIDS*. 2008;22(12):1463-1473.

Navarro G, Nogueras MM, Segura F, Casabona J, Miro JM, Murillas J, et al; PISCIS Study Group. HIV-1 infected patients older than 50 years. PISCIS cohort study. *J Infect*. 2008;57(1):64-71.

The Antiretroviral Therapy (ART) Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *Lancet*. 2008;372(9635):293-9.

Vives N, Almeda J, Contreras C, García F, Campins M, Casabona J; Grupo de estudio NONOPEP. Demanda y prescripción de la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH en España, 2001-2005. *Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica*. 2008 [En prensa].

Casabona J. ¿Es aún pertinente el seguimiento de la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población centinela de mujeres embarazadas?. *Med Clin (Barc.)*. 2008 [En prensa].

Huntington S, Folch C, González

V, Meroño M, Ncube F, Casabona J. Factors associated with hepatitis C and HIV among injecting drug users in Catalonia. *Epidemiology and Infection*. 2008 [En prensa].

Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, Geduld J, Prejean J, Semaille C, et al; the Annecy MSM Epidemiology Study Group. The reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005. *PLoS Medicine*. 2008 [En prensa].

Altres publicacions

Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla P, de la Fuente L. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*. 2005; 100(7):981-9.

De la Fuente L, Bravo MJ, Toro C, Brugal MT, Barrio G, Soriano V, et al.; Project Itinere Group. Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(6):537-42.

De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80(5):505-20.

Vall-Mayans M, Casals M, Vives A, Loureiro E, Armengol P, Sanz B. Re-emergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(3):94-6.

Fernández-Dávila P. Amigos con derecho a roce: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmuno-

deficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gac Sanit* 2007;21(6):471-8.

Barrio G, de La Fuente L, Toro C, Brugal TM, Soriano V, Gonzalez F, et al.; Project Itinere Group. Prevalence of HIV infection among young adult injecting and non-injecting heroin users in Spain in the era of harm reduction programmes: gender differences and other related factors. *Epidemiol Infect*. 2007;135(4):592-603.

Aldaz P, Castilla J, Moreno-Iribas C, Irisarri F, Floristán Y, Sola-Boneta J, Martínez-Artola V, et al. Cambios en la mortalidad y en las causas de defunción en las personas con diagnóstico de infección por el VIH, 1985-2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25(1):5-10.

Teira R, Suárez I, Santamaría JM, Terrón A, Domingo P, González J, et al. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la Cohorte VACH (1997-2002). *Gac. Sanit*. 2007;21(1):66-9.

Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, et al. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J Infect Dis*. 2007;11(2):115-22.

Moltó J, Valle M, Blanco A, Negredo E, de la Varga M, Miranda C, et al. Lopinavir/ritonavir pharmacokinetics in HIV and hepatitis C virus co-infected patients without liver function impairment: influence of liver fibrosis. *Clin Pharmacokinet*. 2007;46(1):85-92.

Fernández-Ibiza M, Ramos JT, Guillén S, González-Tomé MI, Navarro M, Iglesias E, Rubio B, de José MI, Beceiro J, Regidor J, De Santos MJ, Martínez N, Roa MA. ¿Por qué se infectan aún niños con el virus de la inmunodeficiencia humana en España? *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(2):109-15.

Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), el Grupo de Estudio de Sida (GeSida/SE-IMC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. Diciembre 2007 [en línea]. [Consulta: 25 maig 2008]. Disponible a:

<http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Recomendaciones_seguimiento%20infecci%C3%B3n%20VIH%20en%20la%20reproducci%C3%B3n%20embarazoyprevenci%C3%B3n%20transmisi%C3%B3n%20vertical.pdf>

ITS

Producció pròpia

Casabona J, Binefa G, Folch C, Lugo R, Vives N, Carmona G, et al.; HIV/STI Surveillance Group. Sexually acquired HIV infections on the rise in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance*. 2006;11(7):E060720.5.

DECRET 445/2004, de 30 de novembre, pel qual es modifica el Decret 395/1996, de 12 de desembre, pel qual s'estableixen els procediments de notificació de les malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. DOGC núm. 3911.

DECRET 391/2006, de 17 d'octubre, pel qual es modifica el circuit de notificació de les malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut. DOGC núm. 4743.

Resum de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya durant l'any 2006. BEC. 2007;XXVIII(núm extra):1-12.

Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica, España 2006. BES. 2007;19(10):109-120.

Folch C. Monitoratge de la prevalença de VIH/ITS i dels comportaments associats amb la seva transmissió en treballadors sexuals a Catalunya. *IN-FOSIDA*. Novembre 2007;34.

Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus, Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae, and risk factors for Sexually Transmitted Infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis*. 2008;35(2):178-183.

Sabido M, Hernandez G, Gonzalez V, Vallès X, Montoliu A, Figuerola J, et al. Clinic-based Evaluation of a Rapid POC Test for Chlamydia Trachomatis 1 among Sex Workers in Escuintla, Guatemala. *J Clin Microbiol*. 2008 [En premsa].

Vallès X, Murga GB, Hernández G, Sabido M, Chui A, Lloveras B, et al. Extremely High Prevalence of Human Papillomavirus Infection in the Female Population of Guatemala. *BJC*. 2008 [En premsa].

Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J; Grupo de trabajo HIVITS-TS. Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de VIH/ITS entre mujeres españolas e inmigrantes trabajadoras del sexo en Cataluña. *Med Clin (Barc.)*. 2008 [En premsa].

Ríos E, Ferrer L, Casabona J, Caylá J, Avelilla A, Gómez J, et al. Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebies en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2008 [En premsa].

Altres publicacions

Díaz-Franco A, Noguer-Zambrano I, Cano-Portero R. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. España, 1995-2003. *Med Clin (Barc.)*. 2005;125(14):529-30. Spanish.

Ramírez Hidalgo A, García Cadenas C, Manresa Domínguez JM. Atención a la salud sexual y reproductiva de trabajadoras de sexo comercial. *Med Clin (Barc.)*. 2007;129(18):716-7.

Gutiérrez-Martínez O, Bermúdez MP, Teva I, Buéla-Casal G. Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema*. 2007;19(4):661-6.

Postigo C. Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr*. 2007 Oct;98(8):513-7.

Ruiz-Sancho A, Barreiro P, Castellares C, Labarga P, Ramos B, Garcia-Samaniego J, et al. Outbreak of syphilis, but not of acute hepatitis C, among HIV-infected homosexual men in Madrid. *HIV Clin Trials*. 2007;8(2):98-101.

March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Factors associated with reported hepatitis C and HIV among injecting drug users in ten European cities.

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007; 25(2):91-7.

Adreces web d'interès

Agència de Salut Pública. Consorci Sanitari de Barcelona

<http://www.aspb.es/>

Centres for Disease Control and Prevention (CDC)

<http://www.cdc.gov/std/hiv/>

<http://www.cdc.gov/std/>

<http://www.cdc.gov/std/chlamydia2003/chlamydia2003.pdf>

Centre Européen Sida

<http://www.eurohiv.org/>

Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI)

<http://www.retroconference.org/2006/>

<http://www.retroconference.org/2007/>

European Centre for Disease Prevention and Control

<http://ecdc.europa.eu/>

http://ecdc.europa.eu/Health_topics/AIDS/Index.html

http://ecdc.europa.eu/Health_topics/STI/Index.html

Eurosurveillance

<http://www.eurosurveillance.org/>

<http://www.eurosurveillance.org/eq/2004/04-04/eq-04-2004.pdf>

Family Health International

<http://www.fhi.org>

Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol

<http://www.germanstrias.org/>

Fundació Sida i Societat

<http://www.sidaisocietat.org/>

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/index.html>

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/spvemts.htm>

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTIP)

<http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/>

Infosida

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/sidaspinfo.htm>

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología

<http://cne.isciii.es/htdocs/sida/sidavih.htm>

<http://193.146.50.130/htdocs/ve/ve.htm>

The International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI)

<http://www.iusti2006.com/>

<http://www.iusti.org/default.htm>

Organització Mundial de la Salut (OMS)

<http://www.who.int/es/>

<http://www.who.int/hiv/en/>

http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/

Sociedad Española de Epidemiología

<http://www.seepidemiologia.es/>

Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA

<http://www.seisida.net/>

UNAIDS Joint United Nation Programme on HIV-AIDS

<http://www.unaids.org/en/default.asp>

XV International AIDS Conference. Bangkok (Tailandia), 2004.

<http://www.aids2004.org/>

XVI International AIDS Conference. Toronto (Canadà), 13-18 agost 2006.

<http://www.aids2006.org/>

III. Llista d'abreviatures

3TC	Lamivudina	ESSTI	European Surveillance of Sexually Transmitted Infections	NENEXP	Cohort de nens exposats a fàrmacs antiretrovirals
ACASC	Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya	Estudi HIVITS-TS	Monitoratge de la prevalença de VIH i d'altres ITS i dels comportaments associats amb la seva transmissió en el col·lectiu de dones treballadores del sexe a Catalunya	NFV	Nelfinavir
AERIVIH	Algoritme estandarditzat per recent infectats pel VIH (STARHS)	FDA	Food and Drug Administration	NN	Inhibidors de la transcripció inversa no anàlegs de nucleòsids
AN	Inhibidors de la transcripció inversa anàlegs de nucleòsids	FIPSE	Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España	NONOPEP	Quimioprofilaxi postexposició no ocupacional
ARV	Antiretroviral	GESIDA	Grup d'estudi de la sida	OEDT	Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies
ASSIR	Atenció de la Salut Sexual i Reproductiva	HSH	Homes que tenen sexe amb altres homes	OMS	Organització Mundial de la Salut
AZT	Zidovudina	IC	Intervals de confiança	ONG	Organització no governamental
CAP	Centre d'Atenció Primària	ICS	Institut Català de la Salut	PANP	Penetració anal no protegida
CCAA	Comunitats Autònomes	IDV	Indinavir	PASSIR	Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
CDC	United States Centers for Disease Control and Prevention	IEA	Index epidèmic acumulat	PCR	Polimerasa Chain Reaction
CEEISCAT	Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya	IP	Inhibidors de la proteasa	PISCIS	Proyecto para la informatización del seguimiento clínicoepidemiológico de la infección por VIH y sida
CJAS	Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat	ITIAN	Inhibidors de la transcripció inversa anàlegs de nucleòsids	PPE	Profilaxi posterior a l'exposició
CORIS	Plataforma: Cohorte multicèntrica de personas con infección VIH, dentro de la Red de Investigación en SIDA (RIS)	ITINN	Inhibidor de la transcripció inversa no anàlegs de nucleòsids	Projecte AERIHIV	Quantificació i caracterització epidemiològica dels seroconvertors pel VIH mitjançant la tècnica Serological Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversion (STARHS)
DE	Desviació Estàndar	ITS	Infecció de transmissió sexual	Projecte HIVDEVO	Monitoratge de la detecció voluntària d'anticòsos del
DNA	Àcid desoxirribonucleic	LGV	Limfogranuloma veneri		
DS	Departament de Salut. Generalitat de Catalunya	MCD	Mínim comú de dades		
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control	MDO	Malalties de declaració obligatòria		

VIH en els centres alternatius ONG de diagnòstic i consell assistit	Projecte HIVUDVPC	TAR	Teràpia antiretroviral
Projecte HIVHOM	Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en usuaris de drogues per via parenteral, reclutats al carrer	TARGA	Tractament antiretroviral de gran activat
Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en homes que tenen relacions sexuals amb altres homes	Projecte HIVUDVPT	TB	Tuberculosi
Projecte HIVIVES	Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en usuaris de drogues per via parenteral que inicien tractament	TS	Treballador/a del sexe
Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en dones que interrompen voluntàriament el seu embaràs	Projecte NENEXP	TV	Transmissió vertical
Projecte HIVLABCAT	Estudi clínicopidemiològic de les parelles mare-fill exposades al VIH i/o als fàrmacs antirretrovirals	UDVP	Usuari de drogues per via parenteral
Declaració del total de proves i dels nous diagnòstics d'infecció del VIH realitzats a la xarxa de laboratoris de Catalunya	Projecte NONOPEP	UE	Unió europea
Projecte HIVLABOR	Sistema d'informació epidemiològica estatal sobre la profilaxi postexposició no ocupacional al VIH	UITS	Unitats de prevenció i control de les infeccions de transmissió sexual
Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en treballadors durant la seva revisió mèdica laboral anual	Projecte PISCIS II	VHB	Virus de l'hepatitis B
Projecte HIVNADO	Estudio multicéntrico de una cohorte sobre la infección por VIH/sida (PISCIS II) como continuación del proyecto para la informatización del seguimiento clínicoepidemiológico de la infección por VIH y Sida (PISCIS I)	VHC	Virus de l'hepatitis C
Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en nadons	RITS	VIH	Virus de la immunodeficiència adquirida
Projecte HIVPRESO	RMTS	XSITSCAT	Xarxa de professionals sanitaris sentinelles d'atenció primària en ITS
Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en població penitenciària	RIQ		
Projecte HIVSANG	SAPS		
Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en donacions de sang	SIDA		
Projecte HIVTBC	SNMC		
Projecte de monitoratge de la prevalença de la infecció pel VIH en pacients amb tuberculosi a un centre de malalties del tòrax			

IV. Llista de taules

Taula 1.2.1. Factors de risc en la transmissió heterosexual entre els nous diagnòstics de VIH. Catalunya, 2001-2006.

Taula 1.2.2. País d'origen dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH. Catalunya, 2001-2006.

Taula 1.3.1. Casos de sida diagnosticats per milió d'habitants. Espanya, 2006.

Taula 1.3.2. Nombre de casos de sida residents a Catalunya i taxa d'incidència (per 100.000 habitants) per regió sanitària, 1998-2006.

Taula 1.3.3. Distribució de les malalties indicatives de sida dels casos residents a Catalunya per períodes, 1981-2006.

Taula 1.3.4. Anys potencials de vida perduts (APVP-65) atribuïbles a mortalitat per sida. Catalunya, 1992-2005.

Taula 1.3.5. Proporció de persones que sobreviuen més de 12, 24 i 36 mesos després del diagnòstic de SIDA segons via de transmissió. Període 2000-2002.

Taula 2.1.1. Resum dels projectes de vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH en poblacions sentinella a Catalunya.

Taula 2.2.1. Prevalença d'infecció pel VIH en dones embarassades (HIV-NADO) a Catalunya, 2005.

Taula 3.1.1. Característiques socials i demogràfiques i realització del test diagnòstic del VIH en HSH, 1995-2006.

Taula 3.1.2. Comportament sexual en HSH (12 mesos previs), 1995-2006.

Taula 3.2.1. Característiques socials i demogràfiques i realització del test del VIH i del VHC en UDVP, 1993-2006.

Taula 3.2.2. Ús de drogues i comportament sexual d'UDVP, en els últims 6 mesos, 1993-2006.

Taula 3.3.1. Característiques socials i demogràfiques, del treball sexual i ús de drogues en dones TS segons país d'origen, 2005.

Taula 3.3.2. Estat de salut i ús de serveis sanitaris/socials, 2005.

Taula 4.1.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades en països europeus, 2006.

Taula 4.3.1. Cobertura de la prova diagnòstica en determinats grups d'especial interès a Catalunya, 1993-2006.

Taula 5.1.1. Distribució dels casos notificats segons centre, 2001-2006.

Taula 5.1.2. Distribució dels tipus d'exposicions notificades.

Taula 5.1.3. Distribució dels tractaments i pautes segons la categoria de risc de l'exposició.

Taula 5.1.4. Causes d'interrupció del tractament entre els tractats i seguits a un mes.

Taula 5.1.5. Nombre i tipus d'efectes secundaris en les persones amb TAR que acudeixen a una visita posterior.

Taula 5.3.1. Moment del diagnòstic de la infecció pel VIH. Projecte NENEXP, 2000-2006.

Taula 5.4.1. Característiques de les persones amb infecció recent pel VIH. (N=660).

Taula 6.1.1. Països amb més casos estimats d'ITS. Europa, 2004. OMS, 2005.

Taula 6.2.1. Frequència i taxes (x 100.000 hab.) de casos acumulats de les ITS de declaració obligatòria per any. Catalunya, 1996-2006.

Taula 6.2.2. Frequència i taxes (x 100.000 hab.) de casos notificats de les ITS de declaració obligatòria per any i regió sanitària. Catalunya, 2006.

Taula 6.2.3. Frequència dels casos de les ITS de declaració obligatòria per quatrasetmana epidemiològica. Catalunya, 2006.

Taula 6.2.4. Frequència anual de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC), 1996-2006.

Taula 6.2.5. Frequència de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya, per quatrasetmana, 2006.

Taula 6.2.6. Distribució de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya (SNMC), per grup d'edat, 2006.

Taula 6.2.7. Distribució de les ITS en els pacients atesos a la UITS, SAPS Drassanes-Barcelona segons el sexe i l'orientació sexual en els homes, 2006.

Taula 6.2.8. Característiques demogràfiques i de conducta dels pacients enquestats a la UITS, CAP II Tarragonès-Tarragona, 2006.

Taula 6.2.9. Distribució de les ITS en els pacients atesos a la UITS, CAP II Tarragonès-Tarragona segons el sexe i l'orientació sexual en els homes, 2006.

Taula 6.3.1. Prevalences de *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae*.

V. Llista de figures

Figura 1.2.1. Nous diagnòstics d'infecció pel VIH per milió d'habitants. Regió europea de l'OMS, 2006.

Figura 1.2.2. Evolució anual dels nous diagnòstics de VIH segons sexe, 2001-2006.

Figura 1.2.3. Nous diagnòstics de VIH per grups de transmissió i sexe. Catalunya, 2001-2006.

Figura 1.2.4. Evolució dels nous diagnòstics de VIH segons vies de transmissió. Catalunya, 2001-2006.

Figura 1.2.5. Evolució dels nous diagnòstics de VIH en població immigrant. Catalunya, 2001-2006.

Figura 1.2.6. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons país d'origen, grup de transmissió i sexe. Catalunya, 2001-2006.

Figura 1.2.7. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH en immigrants segons zona geogràfica, grup de transmissió i sexe. Catalunya, 2001-2006.

Figura 1.3.1. Casos de sida diagnosticats per milió d'habitants. Regió europea de l'OMS, 2006.

Figura 1.3.2. Casos de sida per sexe i any de diagnòstic. Catalunya, 1981-2006.

Figura 1.3.3. Evolució percentual dels casos de sida per grup de transmissió segons períodes. Catalunya, 1981-2006.

Figura 1.3.4. Evolució percentual dels casos de sida per grup de transmissió i sexe. Catalunya, 1981-2006.

Figura 1.3.5. Incidència de la sida pediàtrica per any de naixement. Catalunya, 1986-2006.

Figura 1.3.6. Evolució anual de la incidència i prevalença dels casos de sida residents a Barcelona ciutat, 1988-2007.

Figura 1.3.7. Casos de sida i de nous diagnòstics de VIH notificats a Barcelona ciutat, 1988-2006.

Figura 1.3.8. Distribució de la via de transmissió dels nous diagnòstics d'infecció per VIH segons sexe declarats a Barcelona ciutat, 2006.

Figura 2.1.1. Evolució del nombre d'infectats pel VIH. Catalunya, 1994-2006.

Figura 2.2.1. Evolució de la prevalença de la infecció pel VIH a Catalunya en diferents poblacions sentinella, 1990-2006.

Figura 2.2.2. Evolució de les seroprevalences per grups d'edat de les mares (estudi HIVNADO), 1994-2006.

Figura 2.2.3. Evolució de les seroprevalences segons país d'origen de les mares (estudi HIVNADO), 2002-2005.

Figura 2.2.4. Evolució de la prevalença de VIH en poblacions sentinella, població d'alt risc. Catalunya, 1993-2006.

Figura 3.1.1. Freqüència d'ús del preservatiu en les relacions anals amb parelles estables i ocasionals en HSH (12 mesos previs), 1995-2006.

Figura 3.1.2. Prevalença d'ús de drogues abans o durant les relacions sexuals en HSH (12 mesos previs), 1995-2006.

Figura 3.1.3. Infeccions de transmissió sexual diagnosticades en els últims 12 mesos en HSH, 1995-2006.

Figura 3.2.1. Freqüència de compartir material per a la injecció intravenosa de drogues, directa o indirecta, en UDVP (darrers 6 mesos), 1993-2006.

Figura 3.2.2. Ús consistent del preservatiu amb parelles estables i ocasionals d'UDVP (6 mesos previs), 1993-2006.

Figura 3.3.1. Ús consistent del preservatiu amb els clients i les parelles estables, 2005.

Figura 3.3.2. Prevalença del VIH, *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae* en mostres de fluid oral i orina, 2005.

Figura 4. Fonts d'informació sobre proves diagnòstiques del VIH a Catalunya.

Figura 4.1.1. Estimació de la taxa de proves diagnòstiques per regió sanitària a Catalunya, 2005-2006.

Figura 4.1.2. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de positives. Xarxa de laboratoris de Catalunya, 1993-2006.

Figura 4.1.3. Percentatge de proves del VIH positives per sexe i grup d'edat. Xarxa de laboratoris de Catalunya, 1997-2006.

Figura 4.2.1. Nombre de proves diagnòstiques del VIH realitzades i percentatge de positives. Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya, 1995-2006.

Figura 4.2.2. Percentatge de proves diagnòstiques del VIH declarades i percentatge de positives. Distribució per edat i sexe. Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya, 1995-2006.

Figura 4.2.3. Percentatge de proves diagnòstiques del VIH declarades i percentatge de proves positives. Distribució per grup d'exposició i sexe. Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya, 1995-2006.

Figura 4.4.1. Percentatge de casos de sida amb retard en el diagnòstic per grup de transmissió i període. Catalunya, 1981-2006.

Figura 4.4.2. Característiques del retard diagnòstic en els nous diagnòstics d'infecció pel VIH. Catalunya, 2001-2006.

Figura 4.4.3. L'evolució del retard diagnòstic segons any d'entrada en la cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 4.4.4. Diferències en el retard en el diagnòstic segons característiques demogràfiques i epidemiològiques. Cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 4.4.5. Tendències del retard en el diagnòstic* per grup de transmissió. Cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 5.1.1. Estat serològic inicial respecte al VIH de la persona font segons el tipus d'exposició.

Figura 5.2.1. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH a la cohort PISCIS segons el grup de transmissió i sexe. Cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 5.2.2. Evolució anual dels grups de transmissió segons el sexe. Cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 5.2.3. Progressió de la infecció pel VIH. Cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 5.2.4. Diferències en el tractament segons les característiques demogràfiques i epidemiològiques. Cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 5.2.5. Prevalença anual del TAR a la cohort PISCIS, 1998-2006.

Figura 5.3.1. Evolució de la taxa de TV a Catalunya. Projecte NENEXP, 2000-2006.

Figura 5.3.2. Evolució de la via de part en els fills de mares VIH positives. Projecte NENEXP, 2000-2006.

Figura 5.4.1. Algorisme per a la identificació de mostres amb infecció recent.

Figura 5.4.2. Percentatge d'infeccions recents segons tipus de centre.

Figura 5.4.3. Vies de transmissió del VIH en els casos d'infecció recent, per sexes.

Figura 5.4.4. País d'origen dels recent infectats pel VIH, per sexes.

Figura 5.4.5. Prevalença d'ITS entre els recent infectats pel VIH, per sexes.

Figura 6.1.1. Taxes (x 1.000.000 hab.) dels casos acumulats de les ITS de declaració obligatòria per comunitat autònoma. Espanya, 2006.

Figura 6.2.1. Distribució anual, taxes d'incidència i tendències de les ITS de declaració obligatòria. Catalunya, 1996-2006.

Figura 6.2.2. Distribució anual, taxes d'incidència i tendències de les ITS de declaració obligatòria de transmissió mare a nadó, Catalunya, 1996-2006.

Figura 6.2.3. Distribució de casos d'ITS notificats per regió sanitària. Catalunya, 2006.

Figura 6.2.4. Distribució de les ITS de declaració obligatòria per quatrasetmana, 2006.

Figura 6.2.5. Distribució de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya, 2006.

Figura 6.2.6. Distribució de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya per quatrasetmana, 2006.

Figura 6.2.7. Distribució anual de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya, 1996-2006.

Figura 6.2.8. Distribució de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya per grup d'edat, 2006.

Figura 6.2.9. Distribució anual de les ITS declarades al Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya per sexe, 2002-2006.

Figura 6.2.10. Distribució de la sífilis 1a i 2a, de la gonocòccia, de la infecció genital per clamídies i de les tricomonos. RMTS, 1996-2006.

Figura 6.2.11. Distribució dels condilomes acuminats i herpes genital. RMTS, 1992-2006.

Figura 6.2.12. Fonts d'informació Nou Registre de les ITS a Catalunya.

Figura 6.3.1. Fonts d'informació per la vigilància reforçada de les ITS a Catalunya.

Figura 6.3.2. Participants a la xarxa sentinella integrant del Registre d'ITS de Catalunya per regió sanitària.

Figura 6.3.3. Prevalença de *C. trachomatis* per factors determinants.

VI. Col·laboradors dels diferents sistemes d'informació

Vigilància epidemiològica de la sida

Centres d'epidemiologia i salut pública

Serveis Territorials de Girona (N. Camps, M. Company).

Serveis Territorials de Lleida (P. Godoy).

Serveis Territorials de Tarragona (S. Minguell).

Serveis Territorials de Terres de l'Ebre (A. Pumares).

Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Centre (R. Sala).

Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Costa de Ponent (I. Barrabeig).

Unitat de Vigilància Epidemiològica de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme (J. Álvarez).

Agència de Salut Pública de Barcelona (JA. Caylà, P. García de Olalla, R. Clos, A. Orcau, J.A. Caylà, I. Badosa, A.M. Botia, L. Curiel, C. Elies, M.A. Ferrer, P. Gorrindo, R. Pedro, M. Sanz).

Servei de Sanitat, Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació (A. Laliga, Rl. Guerrero, V. Humet).

Coordinadors hospitalaris del VIH/sida

Clínica Quirón, Barcelona. Serveis Mèdics (R. Alcover).

Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès. Med. Interna (I. Arbusa).

Clínica Sagrada Família, Barcelona. Med. Interna (L. Asmarats).

Clínica Figarola, Barcelona. Med. Interna (P. Ayesa).

Fundació Sanitària d'Igualada. Med. Interna (F. Bàguena).

Clínica Nostra Senyora del Pilar, Barcelona. Direcció Mèdica (P. Bara).

Consorci Sanitari de Terrassa. Med. Interna (F. Bella).

Unitat de Cures Pal·liatives, Alberg Sant Joan de Déu, Barcelona (J. Beltran).

Hospital Sant Rafael, Barcelona. Med. Interna (J. Bertran).

Hospital de Sant Jaume, Olot. Med. Interna (J. Bisbe).

Centre per a la Prevenció i el Control de les MTS, Tarragona (J. Boronat).

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (J. Cadafalch).

Hospital Comarcal de Móra d'Ebre. Med. Interna (J. Orobitg).

Centre Mèdic Teknon, Barcelona. Med. Interna (C. Carbó).

Hospital Municipal de Badalona. Med. Interna (I. Carrasco).

Quinta de Salut L'Aliança, Lleida (A. Casasús).

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Med. Interna (B. Clotet).

Hospital del Sagrat Cor-L'Aliança, Barcelona. Med. Interna (R. Coll).

Hospital Provincial Santa Caterina, Girona. Med. Interna (J. Colomer).

Hospital de Figueres. Med. Interna (J. Cucurull).

Institut Guttmann, Barcelona. Med. Interna (X. Curia).

Hospital Mútua de Terrassa. Med. Interna i Malalties Infeccioses (D. Dalmau).

Quinta de Salut L'Aliança-Hospital Central, Barcelona. Med. Interna (J. Delàs).

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona (A. Delegido).

Fundació Sanitària Sant Josep, Igualada SA (J.L. Díez).

Hospital Sant Bernabé, Berga. Med. Interna (M. Esquius).

Centre Penitenciari de Ponent (D. Estallo).

Fundació Sant Hospital, la Seu d'Urgell. Med. Interna (S. Fernández).

Hospital de Mataró. Med. Interna (L. Force).

Clínica Fundació-FIATC, Barcelona. Med. Interna (C. García).

Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat, Med. Interna (I. García).

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Malalties Infeccioses (J.M. Gatell).

Pius Hospital de Valls. Med. Interna (J. González).

Hospital de Santa Maria, Lleida. Med. Interna (A. Gort).

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, Vilafranca del Penedès. Med. Interna (M. Guadarrama).

UHP Consorci Sanitari de Terrassa (J. Gual).

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Malalties Infeccioses (M. Gurgui).

Hospital Sant Llorenç de Viladecans. Med. Interna (M. Javaloyas).

Hospital de Sant Jaume, Calella. Med. Interna (J.M. Llibre).

Hospital del Mar, Barcelona. Malalties Infeccioses (J.L. López).

Hospital de Barcelona. Med. Interna (J. Martínez).

Hospital de Palamós. Med. Interna (À. Masabeu).

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Med. Interna (J. Mascaró).

Hospital Comarcal de la Selva, Blanes. Med. Interna (R. Massa).

Hospital Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribes. Med. Interna (L. Moner).

Clínica Tres Torres, Barcelona. Servei de Farmàcia (P. Montaner).

Hospital General de Granollers (S. Montull).

Institut Universitari Dexeus, Barcelona. Med. Interna (F.X. Noguera).

Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. Med. Interna (F. Nonell).

Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. Med. Interna (I. Ocaña).

Hospital Sant Gervasi, Barcelona. Gerència (F. Olivé).

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Med. Interna (A. Ortí).

Serveis Clínics, Barcelona. Direcció Mèdica (J. Pascual).

Hospital Casa de Maternitat, Barcelona (J.M. Pérez).

Hospital Prínceps d'Espanya, l'Hospitalet de Llobregat. Malalties Infeccioses (D. Podzamczar).

Centre Sociosanitari de l'Ametlla del Vallès (G. Porta).

Hospital de Campdevàrol. Med. Interna (A.R. Radován).

Unitat de Cures Pal·liatives, Barcelona (M. Rovira).

Residència Policlínica Nostra Senyora de la Mercè, Barcelona. Direcció Mèdica (J.L. Royo).

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Med. Interna (T. Puig).

Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell. Med. Interna (J. Ruiz).

Hospital Creu Roja de Barcelona. Med. Interna (M. Sandiumenge).

Centre per a la Prevenció i el Control de les MTS de Barcelona (B. Sanz).

Clínica Plató-Fundació privada, Barcelona. Med. Interna (M. Segarra).

Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell. Progr. de Patol. Infecciosa (F. Segura).

Hospital de Puigcerdà (E. Subirats).

Clínica Monsalud, SA, Barcelona. Direcció Mèdica (M. Tamayo).

Altahia Hospital de Manresa. Med. Interna (A. Tapiz).

Clínica Corachán, Barcelona. Direcció Mèdica (J. Trias de Bes).

Hospital de l'Esperança, Barcelona. Med. Interna (J. Tuyet).

Hospital Evangèlic, Barcelona. Direcció Mèdica (A. Urrutia).

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Med. Interna (F. Vidal).

Hospital General de Vic. Med. Interna (J. Vilaró).

Centre Mèdic Delfos, SA, Barcelona. Med. Interna (J. Vilaseca).

Fundació Privada Hospital de Mollet, Mollet del Vallès. Med. Interna (J. Vilaseca).

Hospital de Sant Joan, Reus. Med. Interna (C.A. Villaverde).

Coordinadors hospitalaris de la sida pediàtrica

Hospital de Sant Jaume, Calella (A. Ballester).

Consorci Sanitari de Mataró (J. Barberan).

Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, Barcelona (MC. Figueras).

Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell (V. Pineda).

Fundació Hospital Asil de Granollers (M. Coll).

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (J. Cubells).

Hospital de Sant Joan, Reus (J. Escribano).

Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona (C. Fortuny).

Hospital Universitari de Lleida Arnau de Vilanova (MT. Vallmanya).

Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII (A. Gómez).

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (J. Macià).

Hospital General de Vic (JM. Mauri).

Hospital de Figueres Fundació Privada (L. Mayol).

Hospital Mútua de Terrassa (A. Moral).

Hospital del Mar, Barcelona. Servei de Pediatria (A. Mur).

Hospital Casa Maternitat, Barcelona (J.M. Pérez).

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Servei de Pediatria (C. Rodrigo).

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (A. Sorni).

Hospital de Terrassa (S. Uriz).

Centres d'atenció primària declarants

CAP Drassanes; CAP Alt Empordà; CAP Bellpuig; CAP Bonaplata; CAP Can Llibre; CAP Dr.Sayé; CAP Eixample; CAP Gòtic; CAP La Sagrera; CAP Les Corts-Hèlios; CAP Les Hortes; CAP Llibertat; Cap Manso; CAP Nova Lloreda; CAP Numància; CAP Pare Claret; CAP Sagrada Família; CAP Sant Gervasi; CAP Sants; CAP València CAP Vallcarca i altres CAPs de fora de Barcelona ciutat.

Laboratoris de referència

Servei de Microbiologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (V Ausina, V González, L Matas, E Martró, D Sánchez).

HIVNADO

Unitat de Cribratge Neonatal. IBC-CDB. Corporació Sanitària Clínic, Barcelona (JL Marín, A Maya, M. Puliol, F. Borja, C. Martínez).

HIVIVES

Unitat de Cribratge Neonatal. IBC-CDB. Corporació Sanitària Clínic, Barcelona (JL Marín, A. Maya, M. Puliol, F. Borja, C. Martínez); Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Sanitat i Seguretat Social (R. Gispert, J. J. Coll, R. Bosser, M.M. Torné, M. Femenias); Clínica d'Ara-Tutor Médica (S. Barambio, J. Fernández, R.M. Boj, Y. Trejo); Clínica E.M.E.C.E. (M. Sánchez); Centro Casanova

de Ginecología y Planificación, SA (R. Novo, M Palma).

HIVTBC

Dispensari de Malalties del Tòrax "Dr. Lluís Sayé", Barcelona (C. Valero, N. Altet, C. Dorado, M. A. Giménez, J. Maldonado, C. Milá, J. Solsona, M. L. de Souza, M. Barrios, P. Feixó, E. Lara, P. Lozano, C. Mata, J. Soteras).

HIVLABOR

Laboratori Dr. F. Echevarne Análisis SA (J. Huguet, I. Fernández).

HIVSANG

Registre de donants de sang amb antícosos anti-VIH. Organització Catalana de Transplantament (OCATT) (M. Clèries, M. L. Amado).

HIVUDVPT

Òrgan Tècnic de Drogodependències, Departament de Sanitat i Seguretat Social (J. M. Suelves, X. Ayneto).

HIVPRESO

Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil/ Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. Departament de Justícia. Serveis Centrals (R. Guerrero, M. V. Humet), Serveis Perifèrics (A. Puertollas, D. Estalló, M. Lonca).

Monitoratge de la prevenció del VIH i dels comportaments

HIVHOM

Associació Stop-Sida (K. Zaragoza, R. Muñoz, entrevistadors: Miquel, Vicenç, Gilberto i Miguel).

HIVUDVPC

Associació Àmbit prevenció (M. Merroño, N. Schmal i entrevistadors: Fabio B., Pedro S., Gabriela S., Marta C., Karla M., Susana J., Lluís S., Maica M., Martha B., Mari M., Toni LL., Roser P., Lúcia C. i Carola).

HIVITS-TS

Associació Àmbit prevenció (C. Sanglemente i entrevistadors: Ana M., Ana R., Ana L., Constanza J., Gabriela S., Joana P., Marta B., Maria José M., Maya W., Mireia C., Montse P., Nicole S., Sonia F. i Susana L.), Montserrat Calmet i les associacions Antisida de Lleida, Programa Carretera (Hospital St. Jaume de Calella - Corporació de Salut del Maresme i La Selva), ACAS Girona, La Llum del Bages i Creu Roja (Tarragona).

Monitoratge del diagnòstic del VIH

Laboratoris de Catalunya (HIVLABCAT)

Laboratori Clínic d'At. Primària de Lleida: J. Farré.

Laboratori Clínic Tarraco: A.. Vilanova, L. Guasp.

Laboratori Clínic L'Hospitalet: E. Dopico

Laboratori Clínic Cornellà: R. Navarro

Laboratori Clínic el Maresme: C. Vilanova.

Laboratori Clínic Barcelonès Nord i Vallès Oriental (Dr. Robert): J. Ros, C.Guardià.

Laboratori Clínic Bon Pastor: R. López

Laboratori Clínic Manso: I. Rodrigo.

Consorci Laboratori Intercomarcal Alt Penedès Anoia i Garraf: A. Bosch, M.A. Benítez.

H. Sant Joan de Reus. Servei de Microbiologia: J. Joven.

H. Verge de la Cinta de Tortosa. Servei d'Hematologia: X. Ortín.

H. Dr. Josep Trueta de Girona. Lab. D'anàlisi Clínics: M.J. Ferri.

H. Santa Caterina de Girona. Laboratori: M.L.Urcola.

H. Sant Jaume de Calella. Servei d'anàlisi Clínics: I. Caballé.

Consorti Hospitalari de Mataró. Servei de Microbiologia: G. Sauca.

H. Univ. Germans Trias i Pujol. Servei de Microbiologia: L. Matas.

Ciutat Sanitària de Bellvitge. Lab. de Microbiologia: A. Casanova.

H. Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat. Lab. d'Anàlisi Clínics: D. Dot, E. Márquez.

H. Sant Joan de Déu de Martorell. Lab. de Microbiologia: A. Gasós.

H. General de Granollers. Servei de Bioquímica: M.C.Vilà.

H. General de Vic. Lab. de Microbiologia: J.M. Eures.

H. General de Manresa. Laboratori: J. Franquesa.

H. San Joan de Déu Fundació Altaia de Manresa: M. Morta.

Consorti Hospitalari Parc Taulí. Lab. d'Immunologia: M.J. Amengual.

H. Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Lab. de Microbiologia: N. Margall.

H. Clínic i Provincial de Barcelona. Lab. de Microbiologia: T. Pumarola.

Laboratori de Referència de Catalunya. Lab. de Microbiologia: M. Salvador.

H. General de la Vall d'Hebrón. Servei de Microbiologia: E. Caballero.

Laboratori Dr. Echevarne Barcelona: J. Huguet.

Centres de diagnòstic i consell assistit de Catalunya (HIVDEVO)

Centre Jove d'anticoncepció i sexualitat (CJAS): R. Ros, A.M. Gutierrez; M. Pérez.

Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS): E. Juárez, O. Díaz, E. Adan.

Stop-Sida: K. Zaragoza.

Associació Anti-Sida de Lleida: N. Barberà, A. Binaixa, A. Rafel.

Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya (ACASC): E. Caballero, J. Becerra.

Actua Vallès: A. Avellaneda, M. Sité.

Projecte dels Noms: J. Saz, F. Pujol, M. Meulbroeck.

Àmbit Prevenció: M. Meroño, C. Jacques, C. Lazar.

COBEMB

Hospital Clínic i Maternitat, Barcelona (R. Ros, V. Cararach, S. Pisa); Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona (J. M. Lailla, I. Bombí, E. Gómez); Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (O. Gamisans, A. Asensio, M. Luna); Hospital de Terrassa (J. Sáez, M. Aznar, C. Rigau); Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell (C. Foradada, C. Grau, S. Moros); Hospital Joan XXIII, Tarragona (R. M. Miralles, E. Aguilar, E. Segura); Hospital Arnau de Vilanova, Lleida (M. Muñoz, E. de Diego, A. González); Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (J. Sabrià, A. Montells); Hospital de Barcelona (C. Humet, C. Vila); Institut Universitari Dexeus (J. Mallafre, A. Suris, X. Murciano).

Altres projectes

Cohort PISCIS

Hospital Clínic-Idibaps, Universitat de Barcelona (J.M. Gatell, J.M. Miró, F. Agüero, J.L. Blanco, F. Garcia-Alcaide, E. Martinez, J. Mallolas, M. López-Diequez, JF García-Goez E. Lazzari, M. Sánchez).

Hospital Universitari de Bellvitge (D. Podzamczar, E. Ferrer, M. Olmo, P. Barragan, M. Saumoy, F. Bolao, C. Cabellos, C. Peña).

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona (C. Tural, B. Clotet, G. Sirera, J. Romeu, A. Jou, E. Negredo, C. Miranda, MC Capitan) Hospital de Son Dureta, Palma de Mallorca (J. Murillas, M. Riera).

Corporació Parc Taulí de Sabadell (F. Segura G. Navarro, M. Sala, M. Cervantes, M^a Jose Amengual, M. Navarro, E. Penelo).

Hospital de Mataró (L. Force, P. Barufet).

Hospital de Vic (J. Vilaró).

Hospital de Palamós (A. Masabeu).

Hospital General de l'Hospitalet (I. Garcia).

Hospital Alt Penedès de Vilafranca (M. Guadarrama).

AERIVIH 2003 - 2005

Laboratori d'Atenció Primària: Isabel Rodrigo (Laboratori Clínic Manso, Barcelona), Àngels Bosch (Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf, Igualada), Rosa López (Laboratori Clínic Bon Pastor, Barcelona), Eva Dopico (Laboratori Clínic l'Hospitalet de Llobregat), Josep Ros (Laboratori Clínic Barcelonès Nord i Maresme, Badalona), Rosa Navarro (Laboratori Clínic Cornellà de Llobregat),

Conrad Rovira (Laboratori Clínic El Maresme, Mataró).

Laboratoris: Tomàs Pumarola (Hospital Clínic-IDIBAPS, Barcelona); Aurora Casanova (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat); Elisa Martró, Lurdes Matas, Victoria González i Vicenç Ausina (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona); Estrella Caballero (Hospital Universitari Vall Hebron, Barcelona); Núria Margall (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona); Joan Farré (Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida); Carlos Toro (Hospital Carlos III, Madrid); M^a Goretti Sauca (Hospital de Mataró); Xavier Ortín (Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa); M^a José Armengual (Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell); Josep M^a Prats (Hospital de Palamós); Josep M^a Euras (Hospital General de Vic); José Ramón Blanco (Complejo San Millán-San Pedro de La Rioja); Josep M^a Simó (Hospital Universitari de Sant Joan de Reus); M^a Carme Villà (Hospital General de Granollers); Eugenia Márquez (Hospital General de l'Hospitalet, Hospitalet de Llobregat).

Clínics: Josep M^a Miró, Fernando Agüero, Omar Sued, Maria López-Dieguez i José M. Gatell (Hospital Clínic-IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona); Elena Ferrer i Daniel Podzamczar (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat); Cristina Tural i Bonaventura Clotet (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona); Esteve Ribera (Hospital Universitari Vall Hebron, Barcelona); Jordi Altès i José Manuel Guadarrama (Hospital Alt Penedès, Vilafranca); Pere Domingo (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona); Teresa Puig (Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida); Vicente Soriano (Hospital Carlos III, Madrid); Carmen Bernal (Hospital Universitario San Cecilio, Granada);

Pilar Barrufet i Lluís Force (Hospital de Mataró); Carolina Gutiérrez (Hospital Ramón y Cajal, Madrid); Amat Ortí (Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa); Gemma Navarro i Ferran Segura (Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell); Àngels Masabeu (Hospital de Palamós); Josep Vilaró (Hospital General de Vic); José Antonio Iribarren (Hospital de Donostia, San Sebastián); José Antonio Oteo (Complejo San Millán-San Pedro de La Rioja); Blai Coll i Carlos Alonso Villaverde; (Hospital Universitari de Sant Joan de Reus); Santiago Montull (Hospital General de Granollers) i Isabel García (Hospital General de l'Hospitalet, Hospitalet de Llobregat).

Clínica ITS: Jorge del Romero i Carmen Rodríguez (Centro Sanitario Sandoval, Madrid).

Centres alternatius de cribratge: Roser Sala (Laboratori Sabater Tobella, Barcelona); Olga Díaz (Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària: SAPS – Creu Roja, Barcelona); Kati Zaragoza (Stop Sida, Barcelona); Ferran Pujol i Jorge Saz (Projecte dels Noms – Joves positius, Barcelona); Mercè Meroño (Àmbit Prevenció, Barcelona); Jasmina Becerra (Associació Ciutadana Antisida de Catalunya – ACASC, Barcelona); Rosa Ros (Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat – CJAS, Barcelona); Anna Avellaneda i Montse Sité (Actua Vallès, Sabadell) i Anna Rafel (Associació Antisida de Lleida).

Resistències primàries als ARV i determinació de subtipus en els recent infectats (sub-projecte AERIVIH)

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona: Josep M^a Miró, Omar Sued, Tomàs Pumarola, Elisa de Lazzari.

Fundació IrsiCaixa: Bonaventura Clotet, Lidia Ruiz, Teresa Puig.

Laboratoris: Isabel Rodrigo (Laboratori Clínic Manso, Barcelona), Rosa Navarro (Laboratori Clínic Cornellà de Llobregat), Conrad Rovira (Laboratori Clínic El Maresme, Mataró), Aurora Casanova (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat), Elisa Martró, Lurdes Matas, Victoria González i Vicenç Ausina (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona); Estrella Caballero (Hospital Universitari Vall Hebron, Barcelona); Núria Margall (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona); Joan Farré (Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida); M^a Goretti Sauca (Hospital de Mataró); Xavier Ortín (Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa); M^a José Armengual (Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell); Josep M^a Prats (Hospital de Palamós); Josep M^a Euras (Hospital General de Vic); Josep M^a Simó (Hospital Universitari de Sant Joan de Reus); M^a Carme Villà (Hospital General de Granollers).

Clínics: Fernando Agüero, Maria López-Dieguez i José M. Gatell (Hospital Clínic-IDIBAPS, Barcelona); Elena Ferrer i Daniel Podzamczar (Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Hospitalet de Llobregat); Cristina Tural (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona); Esteve Ribera (Hospital Universitari Vall Hebron, Barcelona); Pere Domingo (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona); Teresa Puig (Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida); Pilar Barrufet i Lluís Force (Hospital de Mataró); Carolina Gutiérrez (Hospital Ramón y Cajal, Madrid); Amat Ortí (Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa); Gemma Navarro i Ferran Segura (Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell); Àngels Masabeu (Hospital de Palamós); Blai Coll i Carlos Alonso Villaverde; (Hospital Universitari de Sant Joan de Reus); Santiago Montull (Hospital General de Granollers).

Centres de cribratge alternatius: Roser Sala (Laboratori Sabater Tobella, Barcelona); Ferran Pujol i Jorge Saz (Projecte dels Noms – Joves positius, Barcelona) i Rosa Ros (Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat – CJAS, Barcelona).

NONOPEP

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (F. García, E. Fumero, M. Nomdedeu); Hospital del Mar, Barcelona (A. Guelar); Ciutat Sanitària i Universitaria de Bellvitge, Barcelona (J. M. Ramon, L. Gavalda, C. Masuet); Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Barcelona (M. Campins, J.A. Rodríguez); Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida (E. Barbé); Hospital General de Terrassa (F. Bella); Hospital Verge de la Cinta de Tortosa (A. Orti).

NENEXP

Consorci Sanitari Clínic-Sant Joan de Déu, Barcelona (C. Fortuny, J. M. Pérez, J.M. Boguñà, A. Nogueira); Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona (M.C. Figueras, M. Casellas, P. Soler, A. Martín); Hospital del Mar, Barcelona (A. Mur, A. Payà); Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (C. Rodrigo, M. Méndez, N. Grané); Hospital General de Granollers (M.T. Coll); Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell (V. Pineda); Hospital de Mataró-Consorci Sanitari del Maresme (L. Garcia), Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida (M.T. Vallmanya, T. Puig); Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII (A. Soriano, C. Bras, S. Veloso); Hospital Universitari Sant Joan, Reus (F. Pagone); Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona (E. Sánchez), Unitat de Suport a la Recerca-Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent (J. Almeda).

Vigilància Epidemiològica de les infeccions de Transmissió Sexual

Subdirecció Vigilància i Resposta a Emergències en Salut Pública-Direcció General de Salut Pública. (J.M. Jansá, À. Domínguez, G. Carmona, M. Oviedo, P. Ciruela, S. Hernández).

RITS: Registre de les ITS de Catalunya

Unitats Infeccions de Transmissió Sexual (UITs)

SAP Les Drassanes. ICS. Barcelona (M.J. Barbará, A. Vives, B. Sanz, P. Armengol, M. Vall, M.J. Villena, E. Arellano, P. Saladier).

CAP Tarragonès. ICS. Tarragona (J. Boronat, R. Soriano).

CAP Sector Güell. ICS. Girona (R. Quintana).

Xarxa Sentinella de les ITS a Catalunya (XSITS-CAT)

Metges/ses d'Atenció Primària (2004-2008).

CAP Fondo. Santa Coloma de Gramenet (J. Milozzi, E. Martín).

CAP Sant Martí. Barcelona (B. Escorihuela).

CAP Can Bou. Castelldefels (M. Urbano).

CAP El Remei. Vic (P. Aguilà, R. Codinachs).

CAP Santa Tecla-Llevant. Tarragona (J. Montoya, S. Borràs, C. Nolla).

CAP Larrard. Barcelona (F. Díaz, A. Santiveri, J.M. Casermeiro, S. Barro).

CAP SALT. Salt (M.D. Rivero).

CAP Baix Ebre. Tortosa (G. Batlle).

CAP Salou. Salou (M.C. Rubio).

CAP Puigcerdà. Puigcerdà (B. Fontecha).

CAP Sardanya. Barcelona (J. Sellarès, A. Casasa).

CAP Carles Ribes. Barcelona (M. De la Poza).

CAP La Florida. Hospitalet de Llobregat (R. Carrillo, J. Mascort).

CAP La Mina. Barcelona (J. Mendives).

CAP La Marina. Barcelona (J.M. Baena, M. Garcia).

CAP Sant Fruitós de Bages. Sant Fruitós de Bages (X. Puigangolas).

CAP Vila Seca. Vila Seca (A. Fallada).

CAP Josep Torner i Fors. Malgrat de Mar (S. Curós).

Professionals sanitaris dels Programes a l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) (2004-2008)

Grup de PASSIRS:

Barcelona Ciutat:

PASSIR CAP Carles Ribas, CAP Man- so, CAP Numància, CAP Vila Olímpica, CAP Clot (C. Martínez, E. Vela, R. Almirall, J. Xandri, A. Díez, A. Rodas, N. Domínguez, C. Seguí, O. Eddy, S. Bozal, A. Payaro, L. Caccioppoli, E. Grau, J. Cid, E. Laso, M. Honrado).

PASSIR Raval Nord (M. Vilamala, S. Haimovich, A. Ramírez).

CJAS, Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (R. Ros, I. Campo).

Àrea metropolitana:

PASSIR CAP Sant Fèlix. Sabadell (G. Falguera, L. Grado, Solà).

PASSIR CAP Mare de Deu de Llorda. Badalona (A. Avecilla, M. de Sebastian, M. Teixidó).

PASSIR Maresme. Mataró (C. Coll, Castro).

Tarragonès:

PASSIR CAP Tarragonès. Tarragona
(J. Boronat).

Laboratoris Atenció Primària:

Laboratori Clínic L'Hospitalet
(E. Dopico, E. Greznzer).

Laboratori Clínic el Maresme
(P. Planells, P. Felipe).

Laboratori Clínic Bon Pastor (R. López,
R. Juvé, P. Felipe).

Laboratori Clínic Manso (A. Tirado,
J. Bové).

Consorci Laboratori Intercomarcals
Alt Penedès Anoia i Garraf (F. Corcoy,
R. Angrill, M.A. Benitez).

CT/NG-ASSIR:

PASSIR CAP Sant Fèlix. Sabadell
(G. Falguera, L. Grado, Solà).

PASSIR CAP Mare de Deu de Llorda.
Badalona (A. AVECILLA, M. de Sebastian,
M. Teixidó).

PASSIR Maresme. Mataró (C. Coll,
Castro).

Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat.
Participants (CJAS) (R. Ros, I. Campo).

CT/NG/VPH-PRESONS:

Centre penitenciari de Wad-Ras (V.
Humet, L. Barbero, J. Rodríguez).

Centre penitenciari de joves de Trinitat
(V. Humet, G. Almada, M.J. Leal,
N. Llopart, E. Torrez, M.A. García).

I molts altres professionals de la salut
gràcies a l'ajut i dedicació dels
quals s'han pogut obtenir les dades
aquí presentades.

VII. La infecció pel VIH i la sida a Catalunya: actualització fins al 31 de desembre de 2007

1. Casos de sida

Les dades de l'any 2007 encara són preliminars, no obstant hem cregut convenient incloure-les per tal de que el lector tingui una informació més actual. A l'apartat "Informes" de la nostra pàgina web (www.ceescat.org) es poden consultar les darreres actualitzacions disponibles.

Des de l'inici de l'epidèmia, l'octubre de 1981, fins a 31 de desembre de 2007 s'han diagnosticat un total de 15.942 casos de sida residents a Catalunya, el 80,5 % homes i el 19,5 % dones. El nombre de casos de sida ha anat disminuint any rere any des de la introducció del TARGA, passant de 1.357 casos l'any 1996 a 248 l'any 2007 (dades preliminars). Fins a 31 de desembre de 2007 al Registre de casos de sida consten 10.110 defuncions (63,4% dels casos de sida notificats).

El grup d'edat més afectat per la sida és el d'homes i dones entre 25 i 39 anys. En els darrers anys, en el total dels casos adults (≥ 13 anys), s'han produït variacions en les vies de transmissió. La via de transmissió heterosexual ha experimentat un augment molt significatiu des de l'inici de l'epidèmia, passant del 4% l'any 1988 al 39% l'any 2007. Entre les dones, l'increment de la transmissió heterosexual ha estat més important, assolint el 65,5% l'any 2007.

Distribució dels casos de sida residents a Catalunya segons Regió Sanitària (adults i pediàtrics). Catalunya, 1981-2007.

	Homes	Dones	Total	%
Alt Pirineu i Aran	41	12	53	0,3
Barcelona	10.395	2.431	12.826	80,5
Catalunya Central	503	138	641	4,0
Girona	759	209	968	6,1
Lleida	398	107	505	3,2
Tarragona	570	172	742	4,7
Terres de l'Ebre	170	37	207	1,3
Total	12.836	3.106	15.942	100,0

Distribució dels casos de sida residents a Catalunya segons grup de transmissió i sexe en adults (≥ 13 anys). Catalunya, 1981-2007.

Grup de transmissió	Homes	%	Dones	%	Total	%
Heterosexual i UDVP	6.814	53,60	1.713	57,00	8.527	54,25
HSH i UDVP	213	1,68	1	0,03	214	1,36
HSH	3.069	24,14	0	0,00	3.069	19,53
Heterosexual	1.765	13,88	1.091	36,31	2.856	18,17
Post-transfusional	30	0,24	23	0,77	53	0,34
Productes sanguinis	92	0,72	4	0,13	96	0,61
Fills de mares de risc	0	0,00	4	0,13	4	0,03
Altres *	17	0,13	4	0,13	21	0,13
Risc no qualificat	713	5,61	165	5,49	878	5,59
Total	12.713		3.005		15.718	

* Trasplantaments, plasmafèresi...

Distribució dels casos de sida residents per grup de transmissió i sexe en adults (≥ 13 anys). Catalunya, 2001-2007.

Grup de transmissió	Homes	%	Dones	%	Total	%
Heterosexual i UDVP	732	38,11	189	36,28	921	37,71
HSH i UDVP	11	0,57	0	0,00	11	0,45
HSH	501	26,08	0	0,00	501	20,52
Heterosexual	585	30,45	306	58,73	891	36,49
Post-transfusional	2	0,10	0	0,00	2	0,08
Productes sanguinis	4	0,21	1	0,19	5	0,20
Fills de mares de risc	0	0,00	4	0,77	4	0,16
Risc no qualificat	86	4,48	21	4,03	107	4,38
Total	1.921		521		2.442	

2. Nous diagnòstics d'infecció pel VIH

A Catalunya, des de la posada en marxa l'any 2001 del sistema voluntari de declaració de nous diagnòstics d'infecció pel VIH fins a 31 de desembre de 2007, s'han notificat 4.484 nous diagnòstics (el 77,6% homes i el 22,4% dones). La població d'edat més afectada, com en els casos de sida, ha estat la compresa entre els 25 i 39 anys. De tots els nous diagnòstics notificats durant aquest període, el 3,2% consten que estan morts.

La via de transmissió més probable ha estat les relacions heterosexuals, 43,89% del total de casos (33% en els homes i 81,59% en les dones). Entre els homes les relacions homosexuals han representat el 45,24%. En el 16,29% dels casos (homes i dones) la causa més probable ha estat per l'ús de drogues per via parenteral.

Distribució dels nous diagnòstics d'infecció residents a Catalunya segons regió sanitària. Catalunya, 2001-2007.

RS	Dones	Homes	Total	%
Barcelona (ciutat)	394	1.752	2.146	47,9
Barcelonès Nord i Maresme	91	237	328	7,3
Centre	134	371	505	11,3
Costa de Ponent	148	493	641	14,3
Girona	92	269	361	8,1
Lleida	79	177	256	5,7
Tarragona	60	132	192	4,3
Tortosa	7	48	55	1,2
Total	1.005	3.479	4.484	100

Distribució dels nous diagnòstics d'infecció residents a Catalunya segons grup de transmissió i sexe en adults (≥13 anys). Catalunya, 2001-2007.

Grup de transmissió	Homes	%	Dones	%	Total	%
Heterosexual i UDVP	564	16,21	147	14,63	711	15,86
HSH i UDVP	15	0,43	0	0,00	15	0,33
HSH	1.574	45,24	0	0,00	1.574	35,10
Heterosexual	1.148	33,00	820	81,59	1.968	43,89
Productes sanguinis	1	0,03	0	0,00	1	0,02
Fills de mares de risc	0	0,00	1	0,10	1	0,02
Risc no qualificat	177	5,09	37	3,68	214	4,77
Total	3.479		1.005		4.484	